ASISTENSI SOSIAL UNTUK USIA LANJUT DI INDONESIA: KAJIAN EMPIRIS PROGRAM ASLUT

SRI MOERTININGSIH ADIOETOMO, FIONA HOWELL, ANDREA MCPHERSON, JAN PRIEBE

TNP2K WORKING PAPER 05 - 2013
Maret 2013

TNP2K
WORKING PAPER

TNP2K
TIM NASIONAL
PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN

Australian Aid

ASISTENSI SOSIAL UNTUK USIA LANJUT DI INDONESIA: KAJIAN EMPIRIS PROGRAM ASLUT

SRI MOERTININGSIH ADIOETOMO, FIONA HOWELL, ANDREA MCPHERSON, JAN PRIEBE

TNP2K WORKING PAPER 05 - 2013
Maret 2013

The TNP2K Working Paper Series disseminates the findings of work in progress to encourage discussion and exchange of ideas on poverty, social protection and development issues.

Support for this publication has been provided by the Australian Government through the Poverty Reduction Support Facility (PRSF).

Attribution: Adioetomo, S.M., Howell, F., McPherson, A., Priebe, J. 2013. "Social Assistance for the Elderly in Indonesia: An Empirical Assessment of the ASLUT Programme", TNP2K Working Paper 5-2013. Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), Jakarta, Indonesia.

To request copies of the paper or for more information on the series; please contact the TNP2K - Knowledge Management Unit (kmu@tnp2k.go.id). Papers are also available on TNP2K's website.

TNP2K
Grand Kebon Sirih Lt.4,
Jl.Kebon Sirih Raya No.35,
Jakarta Pusat, 10110
Tel: +62 (0) 21 3912812
Fax: +62 (0) 21 3912513
www.tnp2k.go.id

Layout and typesetting: Purwa Rahmanto

Asistensi Sosial untuk Usia Lanjut di Indonesia: Kajian Empiris Program ASLUT

Sri Moertiningsih Adioetomo, Fiona Howell, Andrea McPherson, Jan Priebe[1]
March 2013

ABSTRAK

Indonesia telah mengalami transisi demografis sejak tahun 1970-an yang membawa perubahan-perubahan penting dalam hal struktur usia populasi negara ini. Angka harapan hidup pada saat lahir meningkat dari 45 tahun menjadi 67 tahun. Jumlah penduduk lanjut usia yang berusia 60 tahun lebih 2 telah meningkat dari sekitar 5 juta pada tahun 1970 menjadi 18 juta pada tahun 2010, dan diproyeksikan akan bertambah lagi hingga lebih dari 71 juta pada tahun 2050. Situasi ekonomi untuk banyak penduduk lanjut usia (lansia) tidak stabil. Pada tahun 2011, 12 persen lansia berada di bawah garis kemiskinan resmi. Penduduk lansia, terutama yang berada di usia 70 tahunan dan 80 tahun ke atas, memiliki angka kemiskinan tertinggi di antara kelompok populasi, yaitu 13,3 persen dan 16 persen masing-masing. Pada saat yang sama, terdapat juga sebagian populasi lansia, lebih besar daripada yang secara resmi diklasifikasikan sebagai miskin, yang sangat rentan untuk jatuh ke dalam kemiskinan. Terlebih lagi, banyak lansia menderita kesehatan yang buruk dan memiliki kemampuan membaca yang rendah.

Saat ini, lansia yang tercakup skema pensiun formal yang ada sangat rendah. Pemerintah Indonesia mengakui adanya kesenjangan dalam skema asuransi sosial ini dan secara terbuka melakukan tindakan-tindakan untuk meningkatkan cakupan pensiun. ASLUT, program bantuan sosial yang saat ini menarget langsung lansia yang miskin dan terlantar, dimulai pada tahun 2006 di enam provinsi yang menjangkau 2.500 penerima manfaat. Program ini sudah diperluas ke seluruh 33 provinsi dan meningkatkan jumlah penerima manfaat menjadi 13.250 pada tahun 2011, dan 26.500 penerima manfaat pada tahun 2012. Kertas kerja ini mengeksplorasi kekuatan dan kelemahan dari cakupan yang diberikan kepada lansia dan merekomendasikan bahwa program ASLUT perlu dikembangkan lebih lanjut untuk mengatasi tantangan demografis yang dihadapi Indonesia.

[1] Sri Moertiningsih Adioetomo adalah team leader Lembaga Demografi Universitas Indonesia (LD UI): toening@indo.net.id. Fiona Howell adalah penasehat kebijakan bantuan sosial di TNP2K, Pemerintah Republik Indonesia: fiona.howell@tnp2k.go.id. Andrea McPherson adalah peneliti utama di HelpAge International: amcpherson@helpage.org. Jan Priebe adalah ekonom senior di Tim Klaster 1 TNP2K: jan.priebe@tnp2k.go.id. Segala kekeliruan yang ada dalam kertas kerja ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis.

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih viii
Daftar Singkatan, Akronim, Istilah Dalam Bahasa Indonesia x
Ringkasan Eksekutif xi
1. Pendahuluan 1
2. Gambaran Umum Demografi Indonesia 2
3. Profil Sosio-Ekonomi Lansia di Indonesia 5
   3.1. Karakteristik Kemiskinan Lansia 5
   3.2. Kerentanan terhadap Kemiskinan Lansia 5
   3.3. Status Pernikahan dan Pengaturan Tinggal Bersama 6
   3.4. Melek Huruf 7
   3.5. Sumber Pendapatan dan Penerimaan Kiriman Uang 8
   3.6. Profil Kesehatan 9
   3.7. Temuan-Temuan dari Penelitian Kualitatif 10
   3.8. Rangkuman 11
4. Bantuan Sosial dan Jaminan Sosial untuk Lansia di Indonesia 13
5. Program ASLUT 15
   5.1. Gambaran Program 15
   5.2. Metodologi Penelitian ASLUT 17
   5.3. Profil Demografis dan Sosioekonomi Responden 17
   5.4. Akses dan Manfaat Program ASLUT – Persepsi Responden 20
   5.5. ASLUT – Temuan Penelitian dan Rekomendasi 21
6. Kesimpulan 23
Daftar Pustaka 25

Daftar Gambar

Gambar 1. Pertumbuhan Populasi Lansia Indonesia yang Berusia 60 tahun ke atas, 1950-2050 3
Gambar 2. Indeks Penuaan berdasarkan Provinsi, 2010 3
Gambar 3. Melek Huruf pada Lansia di Indonesia, 2007 8
Gambar 4. Partisipasi Tenanga Kerja Lansia Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Daerah 2011 9
Gambar 5. Prevalensi Kondisi Kesehatan Tertentu yang Dilaporkan Sendiri oleh Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat ASLUT (%) 19
Gambar 6. Pendanaan Pengeluaran Kesehatan Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat ASLUT 21

Daftar Tabel

Tabel 1. Rasio Perempuan terhadap Laki-Laki pada Lansia di Indonesia Berdasarkan Kelompok Umur 4
Tabel 2. Kerentanan terhadap Kemiskinan pada Populasi Lansia Berdasarkan Pengaturan Hidup Bersama, 2009 7
Tabel 3. Penyakit yang Dilaporkan Sendiri oleh Lansia berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia (%)........ 10
Tabel 4. Pendapatan Pensiun Bulanan Rata-Rata (dengan Syarat Menerima Pensiun)........ 14
Tabel 5. Perkembangan Program ASLUT 2006-2011 16
Tabel 6. Tingkat Pendidikan Responden Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat ASLUT (%) 18
Tabel 7. Motivasi Kerja untuk Responden Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat Aslut (%) 18
Tabel 8. Penggunaan Manfaat ASLUT berdasarkan Provinsi (% Responden Penerima Manfaat)........ 20

Ucapan Terima Kasih

Misi TNP2K adalah untuk mengoordinasi kebijakan-kebijakan penanggulangan kemiskinan di Indonesia. TNP2K melakukan dan menerbitkan laporan riset dan penelitian dengan tujuan memfasilitasi dan menyebarkan informasi perencanaan kebijakan berbasis bukti sebagai bagian dari tugasnya (www.tnp2k.go.id).

Baru-baru ini TNP2K mulai menyelidiki tingkatan dan determinan kemiskinan pada penduduk lansia di Indonesia. Dalam konteks ini, berbagai makalah penelitian dan kebijakan telah dirancang. Laporan "Bantuan Sosial untuk Lansia Indonesia: Studi Empiris Program ASLUT" ini berisi hasil penelitian empiris terhadap kondisi sosio-ekonomi penduduk lansia di Indonesia, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Berbeda dengan laporan-laporan lain, laporan ini secara khusus berfokus pada satu-satunya program bantuan dana tunai bertarget untuk lansia. Dengan demikian, laporan ini ditulis berdasarkan survei rumah tangga unik terhadap 2.200 rumah tangga lansia dari 11 provinsi.

Laporan ini merupakan kompilasi rangkuman dua laporan penelitian ("Temuan-temuan survei rumah tangga penerima manfaat dan bukan penerima manfaat JSLU" dan "Kebutuhan bantuan sosial dari lansia miskin dan rentan miskin") yang didukung oleh TNP2K dan dihasilkan oleh kerja sama penelitian antara HelpAge International dan Lembaga Demografi/Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia antara Januari-November 2012. Penelitian ini didanai oleh Fasilitas Pendukung Pengurangan Kemiskinan (Poverty Reduction Support Facility /PRSF) yang dikelola oleh GRM International atas nama AusAID.

Meskipun semua perhitungan dalam laporan ini berasal dari dua laporan lansia yang telah dijelaskan sebelumnya, interpretasi dan kesimpulan yang dipaparkan dalam laporan ini merupakan interpretasi dan kesimpulan dari Sri Moertiningsih Adioetomo (Lembaga Demografi Universitas Indonesia), Fiona Howell dan Jan Priebe (Kelompok Kerja Klaster 1 Kebijakan, TNP2K), Andrea McPherson (HelpAge International). Mereka bertanggung jawab untuk semua kesalahan atau hilangnya interpretasi dalam penelitian aslinya. Segala kesimpulan yang ada dalam laporan ini tidak berarti mewakili pandangan TNP2K, Kantor Wakil Presiden, AusAID atau GRM International.

Para penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak dan institusi-institusi berikut ini yang memungkinkan tim penelitian melaksanakan tugasnya:

Lembaga Demografi: Merry Kusumaryani, Ayke Soraya Kiting, Rani Toersilaningsih, Heru Hendrastio, Asmanedi, Armanto Sulistiono, Laila Azkia dan Ajeng Agrita, Lilis Miss Cicih, Tuty Sahara, Elda Pardede, Zainul Hidayat, Ratna Indrayanti, Mercoledi Nikman, Dwinda Andaninggar dan Yusuf, Ria Utami, Dicky Sugandi, Hendra Ahmidi, Tunggul Budiarto, Wahyu Donor Akbarsyah, Redha Sutama, Sonny Wibisono, Diah Arlinawati, Anis Khurniawati, Akbar Nikmatullah, Aang Jatnika, Riswandha, Sylvia Ruhulessin dan Rubianto.

HelpAge Asia-Pacific : Dr. Eduardo Klein and Peter Morisson.

Konsultan: Prof. Dr. Philipp Kreager, Dr. Giang Thanh Long, Prof. Peter Lloyd-Sherlock, dan Dr. Stephen Kidd.

Kami juga mengucapkan terima kasih kepada Pamela S. Cubberly yang telah mengedit naskah ini.

Para penulis juga mengucapkan terima kasih untuk pendanaan dari PRSF, yang dikelola oleh GRM Internasional mewakili AusAID.

Daftar Singkatan, Akronim, Istilah Dalam Bahasa Indonesia

APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASLUT	Asistensi Sosial Usia Lanjut
BAPPENAS	Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
BPS	Badan Pusat Statistik
JAMKESMAS	Jaminan Kesehatan Nasional
JHT	Jaminan Hari Tua
JSLU	Jaminan Sosial Lanjut Usia
Kemensos	Kementerian Sosial
PKH	Program Keluarga Harapan
PPP	Purchasing Power Parity (Paritas Daya Beli)
PT ASABRI	PT Asuransi untuk ABRI
PT ASKES	PT Asuransi Kesehatan
PT JAMSOSTEK	PT Jaminan Sosial Tenaga Kerja
PT TASPEN	PT Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri
RASKIN	Beras Miskin
SAKERNAS	Survei Angkatan Kerja Nasional
SUSENAS	Survei Sosial dan Ekonomi Nasional
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
PBB	Persatuan Bangsa-Bangsa
UNFPA	United Nations Population Fund

Ringkasan Eksekutif

Indonesia telah mengalami transisi demografis sejak tahun 1970-an yang telah membawa perubahan-perubahan penting dalam hal struktur usia populasi negara ini. Angka harapan hidup pada saat lahir meningkat dari 45 tahun menjadi 67 tahun. Jumlah penduduk lanjut usia yang berusia 60 tahun atau lebih[2] telah meningkat dari sekitar 5 juta pada tahun 1970 menjadi 18 juta pada tahun 2010,[3] dan diproyeksikan akan bertambah lagi hingga lebih dari 71 juta pada tahun 2050. Lebih jauh lagi, migrasi internal selektif berdasarkan usia telah menyebabkan profil usia yang lebih lanjut di beberapa kota/kabupaten dan provinsi. Jika digabungkan, perubahan-perubahan ini akan mengangkat proporsi penduduk berusia 60 tahun atau lebih dari 7,6 persen dari seluruh populasi pada tahun 2010 menjadi 25 persen pada tahun 2050 sehingga memberikan tekanan yang lebih kuat terhadap jaringan jaminan sosial yang telah ada.

Situasi ekonomi untuk banyak penduduk lanjut usia (lansia) sangatlah genting. Pada tahun 2011, 12 persen lansia berada di bawah garis kemiskinan resmi. Penduduk lansia, terutama yang berada di usia 70 tahunan dan 80 tahun ke atas, memiliki angka kemiskinan tertinggi di antara kelompok populasi, yaitu 13,3 persen dan 16 persen secara berurutan.[4] Pada saat yang sama, terdapat juga sebagian populasi lansia, lebih besar daripada yang secara resmi diklasifikasikan sebagai miskin, yang sangat rentan untuk jatuh ke dalam kemiskinan. Proporsi lansia berusia lebih dari 60 tahun yang berada di bawah garis 'hampir miskin' BPS (1,2 kali garis kemiskinan resmi) pada tahun 2009 adalah 27,5 persen, lebih dari dua kali lipat jumlah proporsi lansia yang berada di bawah garis kemiskinan resmi.

Banyak lansia menderita akibat kondisi kesehatan yang buruk. Penyakit-penyakit utama yang dilaporkan terjadi pada lansia adalah penyakit jantung, hipertensi, atau reumatik. Insidensi disabilitas di kalangan lansia adalah 27 persen, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan insidensi yang ditemui pada populasi non lansia. Status kesehatan ini diperkirakan dapat memengaruhi kesejahteraan dan situasi kemiskinan mereka menjadi lebih buruk. Oleh karena itu, dapat diperkirakan bahwa lansia memerlukan biaya kesehatan dalam jumlah yang besar dan akan seringkali memerlukan dukungan finansial tambahan.

Terlebih lagi, lansia memiliki tingkat kemampuan membaca yang lebih rendah, terutama lansia perempuan dan yang tinggal di pedesaan. Hanya sekitar 30 persen perempuan di usia tujuh puluhan dan sekitar 35 persen lansia di pedesaaan dalam rentang usia yang sama memiliki kemampuan membaca; hal ini merupakan konsekuensi dari pendidikan yang relatif lebih buruk di masa kanak-kanak mereka.

Pengaturan hidup bersama lansia juga memengaruhi kehidupan mereka secara signifikan. Mereka yang hidup di dalam rumah tangga multi generasi tercatat memiliki angka kemiskinan tertinggi, meskipun angka kemiskinan yang dilaporkan untuk lansia yang tinggal sendiri dan lansia yang tinggal di rumah tangga kecil seringkali kurang dari keadaan aslinya. Tingginya persentase lansia yang menerima transfer

[2] Istilah 'lanjut usia' atau 'orang tua' merujuk pada mereka yang berusia 60 tahun ke atas di laporan ini, kecuali dinyatakan lain.

[3] BPS. Sensus Populasi 2010.

[4] Perhitungan dilakukan dengan bantuan dari HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Susenas 2005- 2010 (Ronde Juli/Agustus) dan Susenas 2011 (Kwartal Maret dan Juni).

dari keluarganya (57 persen) menunjukkan fakta bahwa lansia cukup banyak mengandalkan jejaring sosial untuk dukungan.

Saat ini, lansia yang tercakup skema pensiun formal yang ada sangat rendah. Proporsi lansia yang menerima pensiun pegawai negeri dan militer[5] pada tahun 2009 adalah 5.3 persen dari populasi berusia 55 tahun ke atas dan, pada tahun 2010, proporsi ini menjadi 15,5 persen dari populasi 60 tahun ke atas. Tunjangan-tunjangan pensiun yang tersedia hanya untuk pegawai BUMN, pegawai negeri, dan anggota militer ini seringkali tidak memadai untuk menutupi kebutuhan-kebutuhan dasar para pensiunan karena jumlah manfaat pensiun didasarkan pada gaji pokok.[6] Terlebih lagi, sebagian besar pekerja- pekerja dari sektor informal, yang mencakup sekitar dua pertiga dari tenaga kerja Indonesia, tidak tercakup dalam skema pensiun apapun.

Pemerintah Indonesia mengetahui adanya kesenjangan dalam hal skema asuransi sosial ini dan secara terbuka melakukan tindakan-tindakan untuk meningkatkan cakupan pensiun. ASLUT, program bantuan sosial yang saat ini menarget langsung lansia yang miskin dan terlantar, telah dimulai pada tahun 2006 di enam provinsi yang menjangkau 2.500 penerima manfaat. Program ini sudah diperluas ke seluruh 33 provinsi dan meningkatkan jumlah penerima manfaat menjadi 13.250 penerima pada tahun 2011, dan direncanakan menjadi 26.500 penerima manfaat pada tahun 2012.

ASLUT relatif efektif dalam menarget lansia miskin dan yang terlantar. Program ini secara khusus menjangkau para lansia yang berusia lebih lanjut, tinggal sendiri, dan berjenis kelamin perempuan, untuk membantu mereka memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar mereka. Meskipun demikian, program ini hanya mencakup 0,56 persen dari populasi penduduk miskin yang berusia lebih dari 60 tahun.

Oleh karena itu, masih terdapat ruang lingkup yang luas untuk ekspansi program. Banyak penduduk yang bukan merupakan penerima manfaat ASLUT memiliki karakteristik serupa dengan para penerima manfaat; hal ini menunjukkan adanya proporsi besar lansia yang memenuhi syarat untuk menerima bantuan. Mereka seringkali sudah dalam kondisi tidak dapat bangun dari tempat tidur dan berusia lebih dari 70 tahun, memiliki tingkat buta huruf yang tinggi, dan hidup dalam kemiskinan. Dalam banyak kasus, para lansia ini memiliki sedikit sekali potensi untuk pemberdayaan sosial dan seringkali hampir disisihkan secara sosial.

Untuk mengatasi situasi lansia yang sulit dan memenuhi tantangan yang yang disebabkan oleh transisi demografis di Indonesia, ASLUT perlu dan harus diperluas. Perluasan ruang lingkup ini harus terdiri dari peningkatan jumlah penerima manfaat di daerah-daerah tempat program ASLUT sudah beroperasi serta perluasan cakupan geografis di setiap kota/kabupaten yang belum tercakup. Program-program bantuan pemerintah lainnya, khususnya Jamkesmas, harus dipastikan telah mencakup para lansia miskin untuk meringankan pembayaran biaya kesehatan. Perluasan ASLUT akan menghasilkan suatu jaminan pendapatan untuk lansia miskin di Indonesia yang tidak memenuhi syarat untuk mendapat pensiun yang sudah ada dalam skema jaringan sistem jaminan sosial saat ini.

---

[5] Mencakup mayoritas besar skema pension yang ada saat ini. Seratus persen pegawai negeri dan anggota militer memiliki cakupan pensiun sementara hanya 14 persen dari pekerja sektor formal swasta dicakup oleh suatu mekanisme pensiun. Cakupan untuk pekerja di sektor informal berjumlah minimum. Lihat Lembaga Demografi Universitas Indonesia dan HelpAge International. Sosial Assistance of Poor dan Vulnerable Older People in Indonesia. Kertas Kerja/LD, 2012, hal. 130.

[6] Gaji pegawai negeri dan anggota militer dibagi menjadi dua komponen: pokok dan tunjangan. Gaji pokok yang menjadi dasar perhitungan pensiun di masa datang, jauh lebih kecil daripada tunjangan. Oleh karena itu, pensiun pegawai negeri dan pekerja militer seringkali kecil.

1. Pendahuluan

Indonesia telah mengalami kesuksesan yang sangat besar dalam menurunkan kemiskinan selama beberapa dekade terakhir. Tingkat pertumbuhan ekonomi tinggi yang stabil dalam beberapa tahun terakhir telah membantu mengurangi kemiskinan yang turun dari 16 persen pada tahun 2005 menjadi 11,5 persen pada tahun 2011 berdasarkan estimasi resmi BPS.[7] Meskipun demikian, angka kemiskinan masih tinggi di beberapa kelompok populasi, yang mengalami kemajuan yang tidak terlalu pesat dalam tingkat kesejahteraannya. Sebagai contoh, angka kemiskinan untuk lansia lebih tinggi secara konsisten dibandingkan dengan angka kemiskinan populasi umum, yaitu 13,4 persen dari penduduk di atas usia 60 tahun pada tahun 2011. Bahkan, banyak pula lansia yang tidak secara resmi diklasifikasikan sebagai miskin ternyata rentan untuk menjadi miskin. Jika dianalisis menggunakan garis hampir miskin BPS (1,2 kali dari garis kemiskinan resmi),[8] sebanyak 27,5 persen lansia dianggap rentan untuk menjadi miskin.[9]

Isu kemiskinan di usia lanjut kelihatannya akan menjadi isu masa depan yang dipengaruhi oleh tantangan demografis dan sosioekonomi Indonesia. Diproyeksikan bahwa jumlah lansia akan meningkat pesat dari 7,6 persen dari total populasi pada tahun 2010 menjadi 23 persen pada tahun 2050. Selain itu, angka harapan hidup pada usia 60 tahun diprediksi akan terus meningkat di Indonesia. Transisi demografi ini akan mengarah ke peningkatan pesat jumlah lansia yang memerlukan akses terhadap mekanisme jaminan sosial atau bantuan sosial yang memadai dan periode dukungan yang lebih panjang dari mekanisme jaminan sosial dan bantuan sosial untuk lansia karena meningkatnya angka harapan hidup.

Saat ini, sistem jaminan sosial tidak memenuhi kebutuhan dukungan pendapatan untuk lansia secara memadai. Sedikit sekali lansia yang menerima uang pensiun ketika mereka pensiun dari pekerjaan formal. Sementara para pekerja dari sektor informal yang jumlahnya jauh lebih besar, sebesar dua kali lipat dari sektor formal, sebagian besar tidak tercakup dalam skema pensiun apapun. Bahkan para pekerja yang tercakup dalam skema jaminan sosial pun tidak kebal terhadap kemiskinan karena tunjangan pensiun mereka seringkali tidak memadai untuk menutupi pengeluaran hidup dasar mereka.

Penelitian ini merangkum analisis HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) terhadap situasi sosio-ekonomi lansia saat ini dan program bantuan sosial pemerintah untuk lansia berdasarkan dua makalah penelitian terpisah yang didukung oleh TNP2K dan dilaksanakan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi Universitas Indonesia.[10]

---

[7] Menurut estimasi resmi BPS 2011 oleh Suhariyanto, K. 2011. presentasi "Monitoring Sosial Developments in Indonesia" yang dipaparkan di International Forum on Monitoring National Development: Issues and Challenges. Beijing 27 – 29 September. BPS

[8] Setara dengan Rp280.488 per orang per bulan.

[9] Lihat Lembaga Demografi (LD) Universitas Indonesia dan HelpAge International. Sosial Assistance of Poor dan Vulnerable Older People in Indonesia. Kertas Kerja, HelpAge/LD, 2012.

[10] Laporan ini merupakan kompilasi dua laporan yang didukung oleh TNP2K: Sosial Assistance Needs of Poor dan Vulnerable Older People in Indonesia. HelpAge/LD, September 2012, yang kemudian disebut HelpAge/LD (2012a), dan Findings of A Household Survey of Jamin Sosial Lanjut Usia (JSLU) Beneficiaries and Non-beneficiaries. HelpAge/LD, September 2012, yang kemudian disebut HelpAge/LD (2012b). Kedua laporan tersebut dapat diminta dari TNP2K.

2. Gambaran Umum Demografi Indonesia

Indonesia telah mengalami transisi demografis yang signifikan sejak tahun 1970-an[11], yang ditandai oleh penurunan angka kelahiran dan angka kematian bayi serta peningkatan angka harapan hidup. Jumlah anak per perempuan turun dari 5,5 anak pada awal tahun 1970-an menjadi hanya 2,1 anak pada tahun 2010.[12] Penurunan angka kematian bayi dan anak telah mengarah ke banyaknya jumlah anak-anak yang mencapai usia dewasa,[13] sementara angka harapan hidup meningkat dari 45 tahun di awal 1970-an[14] menjadi 68,9 tahun pada tahun 2010.[15] Peningkatan rentang hidup juga memengaruhi populasi lansia – rerata angka harapan hidup di usia 60 (didefinisikan sebagai jumlah tahun seseorang berusia 60 tahun dapat diharapkan untuk tetap hidup jika angka kematian tetap sama sepanjang hidupnya) untuk orang Indonesia telah meningkat dari 13 tahun pada tahun 1971 menjadi 17 tahun pada tahun 2010.[16]

Transisi yang memiliki efek-efek yang menguntungkan secara sosial ini juga menciptakan tantangan-tantangan demografis baru untuk Indonesia.[17] Populasi lansia akan meningkat dari 18 juta pada tahun 2010[18] menjadi 36 juta pada tahun 2025,[19] dan lebih dari 71 juta pada tahun 2050 (lihat Gambar 1) sehingga melejitkan proporsi lansia hingga 23 persen dari total populasi. Akibat peningkatan ini, Indonesia akan mencapai titik tolak (milestone) demografis yang terkait dengan masyarakat yang menua dengan sangat cepat. Negara ini akan mencapai ambang batas 'penuaan' pada tahun 2018 ketika proporsi penduduk berusia 60 tahun ke atas akan mencakup 10 persen dari total populasi.[20] Setelah itu, hanya dalam waktu 20 tahun, negara ini akan bergeser dari fase 'menua' m enjadi 'tua' ketika penduduk berusia 65 tahun atau lebih aan mencakup 14 persen dari total populasi.[21]

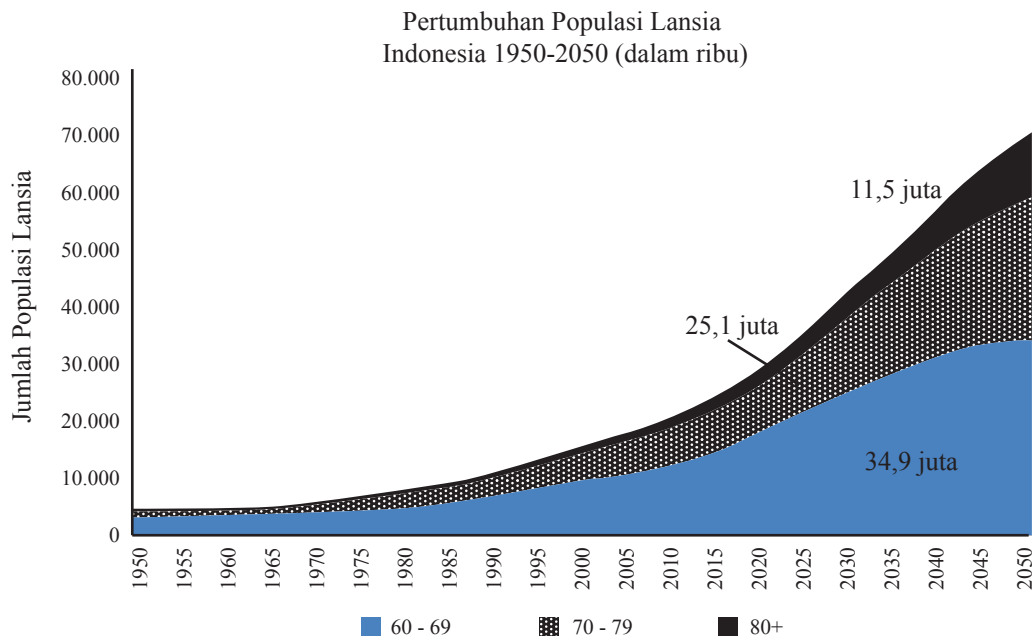
Keadaan demografis Indonesia juga berubah akibat migrasi internall. Negara ini telah menyaksikan peningkatan mobilitas populasi, terutama di kalangan penduduk desa berusia muda, yang bermigrasi ke daerah perkotaan. Migrasi selektif usia ini akan cenderung menyebabkan profil usia penduduk di beberapa daerah m enjadi lebih lanjut, meskipun kinerja penurunan angka kesuburan dan kematian bayi di da erah tersebut lebih lambat. Kondisi ini juga akan mengimbangi penuaan populasi di pro vinsi-provinsi yang

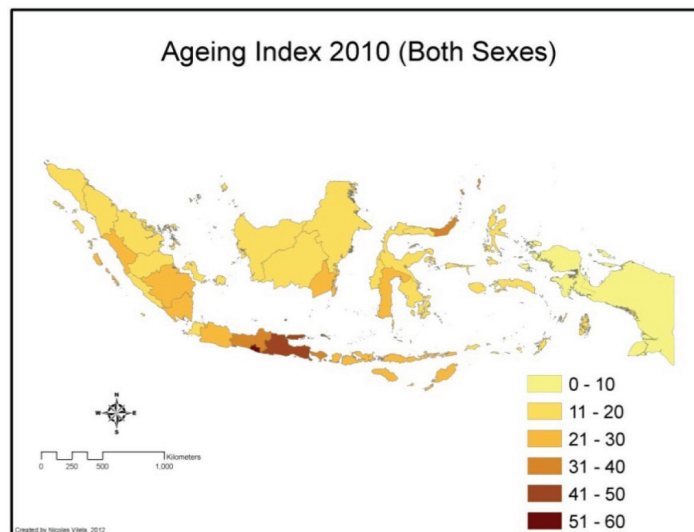
---

[11] Adioetomo, S.M. 2006. 'Age Structural Transitions dan Their Implications: The Case of Indonesia over a Century, 1950-2050'. Di Pool, Wong & Vilquin (eds) 2006. Age-structural Transitions: Challenges for Development. Paris: CICRED.
[12] BPS Statistics Indonesia dan Macro International. 2008. Indonesia Demographic dan Health Survey 2007.Calverton, Maryland, USA: BPS dan Macro International; Census 2010 data.
[13] BPS Indonesia. 2006. Estimates of Demographic Parameters: Fertility, Mortality dan Migration.
[14] Lihat HelpAge/LD (2012a), hal. 32.
[15] World Development Indicators data, World Bank.
[16] Angka harapan hidup pada usia 60 untuk laki-laki dan perempuan meningkat sejak tahun 1971 sebanyak 4 tahun menjadi 17 tahun pada tahun 2010; Perhitungan BPK dari Sensus dan survey antara sensus 1971-2010. Lihat juga HelpAge/LD (2012a), hal 39-40.
[17] BPS Indonesia. 2006. Estimates of Demographic Parameters: Fertility,Mortality dan Migration.Results of Intercensal Population Survey 2005. Jakarta: BPS.
[18] BPS. Sensus Populasi 2010.
[19] BAPPENAS, BPS dan UNFPA 2005. Indonesia Population Projection 2000-2025. Jakarta.
[20] Meskipun tidak ada definisi absolut untuk struktur populasi 'menua' dan 'tua', laporan-laporan internasional dan nasional mengategorikan tingkat 'Menua' dan 'Tua' berdasarkan proporsi populasi lansia berusia 60 tahun atau lebih, atau proporsi berusia 65 tahun atau lebih. Masyarakat yang 'Menua' atau 'Tua' akan tercapai, secara berurutan, jika populasi lansia berusia 60 tahun ata u lebih mencapai 10% dan 20% dari total populasi. Alternatif lain, jika populasi lansia didefinisikan seba gai usia 65 tahun atau lebih maka tingkat 'Menua' atau 'Tua' akan tercapai, secara berurutan, jika popula si lansia mencapai 7% dan 14% dari total populasi. Untuk informasi lebih lanjut terkait masalah ini, lihat Andrews dan Philips (eds). 2005. Ageing dan Place: Perspectives, Policy dan Practice. NY: Routledge.
[21] Data dari PBB (2010).

angka kesuburan dan angka kematian bayi/anaknya relatif rendah, seperti Jakarta (lihat Gambar 2).[22] Di daerah-daerah dengan angka kesuburan yang lebih rendah dan angka tidak punya anak yang lebih tinggi secara historis, seperti Jawa Timur, adanya migrasi ke luar daerah yang dikombinasikan dengan jumlah anak yang lebih sedikit sudah mulai meningkatkan rasio ketergantungan usia.[23]

Gambar 1. Pertumbuhan Populasi Lansia Indonesia yang Berusia 60 tahun ke atas, 1950-2050

Pertumbuhan Populasi Lansia
Indonesia 1950-2050 (dalam ribu)

Sumber: Dihitung oleh Sri M Adioetomo dari proyeksi PBB 2008

Gambar 2. Indeks Penuaan berdasarkan Provinsi, 2010[24]

Sumber: HelpAge International/Lembaga Demografis Indonesia. Perhitungan didasarkan pada Sensus 2010 BPS.

---

[22] Ananta, A. dan Arifin, E. 2009. Migration, Ageing dan Economic Development in Indonesia. Singapura: Institute of Southeast Asian Studies.

[23] Hull dan Tukiran (1976); Kreager dan Schröder-Butterfill(2005).

[24] Indeks penuaan dihitung sebagai jumlah penduduk berusia 60 tahun atau lebih atau terhadap per seratus penduduk berusia di bawah 15. Indeks ini digunakan untuk membandingkan proporsi Lansia dan proporsi anak.

Komposisi jenis kelamin juga akan mengalami perubahan yang bertahap. Kecenderungan jumlah lansia perempuan melebihi jumlah lansia laki-laki akan terus bertahan sebagai konsekuensi dari kondisi perempuan yang memiliki rentang hidup yang lebih panjang dibandingkan laki-laki (suatu fenomena yang seringkali disebut sebagai 'feminisasi penuaan'). Ketidakseimbangan ini akan sedikit menurun dari rasio perempuan terhadap laki-laki saat ini di kelompok usia 75 tahun ke atas dan di atas 130 perempuan berbanding 100 laki-laki,[25] menjadi 126 perempuan berbanding 100 laki-laki pada tahun 2025.

Tabel 1. Rasio Perempuan terhadap Laki-Laki pada Lansia di Indonesia Berdasarkan Kelompok Umur

Usia | Tahun	2010	2015	2020	2025
60-64	98	96	100	105
65-69	106	102	100	105
70-74	115	111	107	106
75+	130	130	127	126

Sumber: Proyeksi Populasi dari Bappenas, BPS, UNFPA (2005)

Efek gabungan dari kecenderungan demografis yang dipaparkan di atas akan mengakibatkan terciptanya masyarakat Indonesia yang menua dengan proporsi lansia mencakup seperempat dari populasi pada tahun 2050, dan memunculkan lebih banyak tekanan untuk menabung serta kebutuhan akan jejaring dukungan informal dan jejaring dukungan keluarga di Indonesia yang saat ini membentuk tulang punggung jaminan usia tua untuk sebagian besar populasi lansia di Indonesia.

[25] Proyeksi populasi dari Bappenas, BPS, UNFPA (2005).

3. Profil Sosio-Ekonomi Lansia di Indonesia

Dengan memandang perubahan-perubahan demografis yang diduga akan terus terjadi pada beberapa dekade berikutnya, serta dampak yang mungkin ditimbulkan oleh perubahan-perubahan ini terhadap kemiskinan di kalangan lansia, penting sekali untuk meneliti karakteristik sosioekonomi lansia di Indonesia. Analisis penelitian yang dilaksanakan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi[26] memberikan pandangan ke dalam status sosial, karateristik kemiskinan, dan kebutuhan Lansia akan bantuan sosial.

3.1. Karakteristik Kemiskinan Lansia

Berdasarkan perhitungan HelpAge International dan Lembaga Demografi, 12 persen Lansia berada di bawah garis kemiskinan resmi pada tahun 2011, sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan populasi secara keseluruhan (11,5 persen). Meskipun demikian, perbedaan kecil antara angka kemiskinan lansia dan angka kemiskinan umum ini dapat memberikan gambaran yang menyesatkan bahwa status kemiskinan lansia mencerminkan apa yang terjadi di populasi keseluruhan. Secara kontras, lansia, terutama mereka yang sudah berusia 70 tahunan dan mereka yang berusia 80 tahun atau lebih, memiliki angka kemiskinan tertinggi di antara kelompok-kelompok populasi (berdasarkan umur), yaitu 13,3 dan 16 persen secara berurutan.[27] Lebih jauh lagi, kedua kohor usia tersebut lebih mungkin berada di dalam desil-desil terendah dalam distribusi pendapatan.[28]

Penduduk lansia di pedesaan memiliki angka kemiskinan yang lebih dari dua kali lipat dari angka yang sama untuk rumah tangga lansia perkotaan. Pada tahun 2011, 19,4 persen lansia di daerah pedesaan berstatus miskin, dibandingkan dengan hanya 7,2 persen di daerah perkotaan.[29] Angka kemiskinan untuk lansia perempuan hanya sedikit lebih tinggi daripada lansia laki-laki selama periode dari 2005 hingga 2010, dan pada tahun 2011, angka kemiskinan lansia untuk kedua jenis kelamin ini bahkan menjadi sama di 12 persen. Meskipun terdapat jumlah lansia perempuan yang lebih besar dan terjadi 'feminisasi penuaan', pemisahan Lansia berdasarkan desil pendapatan memperlihatkan bahwa lansia perempuan hanya memiliki sedikit lebih besar kemungkinan untuk berada di antara desil- desil termiskin dibandingkan dengan lansia laki-laki.

3.2. Kerentanan terhadap Kemiskinan Lansia

Sebagian proporsi lansia yang cukup besar juga rentan untuk jatuh ke dalam kemiskinan. Dengan menggunakan garis 'nyaris miskin' resmi dari BPS (1,2 kali garis kemiskinan nasional), proporsi lansia

[26] Perbedaan angka kemiskinan Lansia yang diestimasi dengan menggunakan data Susenas dan angka BPS resmi yang dikutip dalam bagian pendahuluan mungkin disebabkan oleh penggunaan data Susenas dari putaran yang berbeda-beda. BPS biasanya menggunakan data putara Maret untuk menghitung angka kemiskinan nasional sementara analisis ini didasarkan pada putaran Juli/Agustus yang dapat dibeli dari BPS dan yang dapat diakses oleh Lembaga Demografi. Mungkin saja BPS menggunakan modul-modul konsumsi tambahan dengan sampel-sampel panel yang dikumpulkan untuk menyediakan data lebih rinci dibandingkan Data Kor. Angka kemiskinan teramati yang lebih rendah pada tahun 2009 – 2010 mungkin mencerminkan karakteristik serupa dan mewakili ruang lingkup untuk penelitian lebih lanjut. Lihat juga HelpAge/LD (2012a), hal 24.

[27] Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Susenas 2005-2010 (putaran Juli/Agustus) dan Susenas 2011 (kwartal Maret dan Juni), HelpAge/LD (2012a), hal 77.

[28] Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Susenas 2009 (putaran Juli/Agustus), HelpAge/LD (2012a), hal 80.

[29] Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Susenas 2009 (putaran Juli/Agustus), HelpAge/LD (2012a), hal 81.

di atas usia 60 tahun di bawah garis 'nyaris miskin' adalah 27,5 persen pada tahun 2009, lebih dari dua kali lipat persentase di bawah garis kemiskinan resmi (kedua garis kemiskinan ini hanya berbeda rata-rata sekitar Rp46.748 per bulan).[30] Angka ini juga lebih tinggi dibandingkan dengan angka populasi umum yang hidup di bawah garis hampir miskin yang pada tahun 2010, yaitu berada di sekitar 24 persen.[31] Sementara itu, lebih dari 60 persen dari lansia Indonesia berada di bawah 2 kali garis kemiskinan, bertahan hidup dengan Rp13.132 per hari. Pada saat yang sama, 29 persen dari lansia dapat dianggap sebagai 'miskin sementara', baik karena masuk atau keluar dari kemiskinan. Implikasi dari temuan-temuan ini adalah kebijakan bantuan sosial seharusnya tidak hanya mempertimbangkan mereka yang miskin pada suatu titik waktu tertentu saja, tetapi juga populasi lansia yang lebih luas yang rentan untuk jatuh ke dalam kemiskinan sejalan dengan waktu.

3.3. Status Pernikahan dan Pengaturan Tinggal Bersama

Persentase lansia laki-laki yang menikah adalah 84,4 persen, dibandingkan dengan 37,1 persen untuk lansia perempuan.[32] Terdapat pula persentase janda cerai mati yang lebih tinggi di kalangan lansia yaitu 58,5 persen dibandingkan dengan 13,6 persen duda cerai mati. Temuan ini merupakan cerminan dari faktor budaya. Di Indonesia, adalah hal biasa bagi duda untuk menikah lagi sementara janda cenderung tetap tidak menikah setelah kematian pasangannya.

Meskipun keberadaan pasangan dan status pernikahan dapat menjadi faktor yang signifikan dalam menentukan kesejahteraan lansia, kedua faktor tersebut tidak memiliki dampak yang jelas terhadap kemungkinan menjadi miskin. Lansia yang cerai mati dan yang menikah, tanpa memandang jenis kelamin dan lokasi tempat tinggal, umumnya lebih kecil kemungkinannya untuk menjadi miskin dibandingkan dengan lansia dengan status perkawinan lainnya (termasuk bercerai, berpisah, dan tidak pernah menikah). Lansia perempuan ditemui memiliki keragaman pengaturan hidup bersama yang lebih beraneka ragam dibandingkan dengan laki-laki. Pada rumah tangga di mana lansia hidup sendiri, perempuan lebih dominan: 13 persen dibandingkan 3 persen pada laki-laki.

Menurut Tabel 2, sejumlah pengaturan hidup bersama dengan beberapa generasi lebih rentan terhadap kemiskinan. Lansia dengan pasangan dan keluarga/kerabat lain, lansia yang hidup bersama anak yang sudah menikah, dan lansia yang hidup bersama anak yang sudah dewasa dan cucu memiliki angka kemiskinan yang lebih tinggi daripada angka kemiskinan khusus lansia (9,0 persen pada tahun 2009).[33] Kondisi ini juga mencerminkan adanya kerentanan ganda dalam rumah tangga dengan anak-anak dan lansia. Meskipun demikian, hidup sendiri bukan merupakan determinan yang kuat untuk kemiskinan lansia. Kelompok lansia yang hidup sendiri memiliki angka kemiskinan yang paling rendah dibandingkan dengan kelompok dengan pengaturan hidup bersama lainnya (lihat Tabel 2). Bukti kualitatif menunjukkan bahwa hidup sendiri, terutama dalam kondisi fisik yang masih baik, diduga sebagai simbol kemandirian dan otonomi, sementara tinggal dengan orang lain mungkin merupakan pilihan terakhir bagi lansia yang tidak lagi mampu menghidupi dirinya sendiri.

---

[30] Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Susenas 2009 (putaran Juli/Agustus), HelpAge/LD (2012a), hal 82.
[31] World Bank, 2012, hal 20.
[32] Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Susenas 2011 (Putaran Juni), HelpAge/LD (2012a), hal 61.
[33] Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Susenas 2005-2010 (putaran Juli/Agustus) dan Susenas 2011 (kwartal Maret dan Juni), HelpAge/LD (2012a), hal 77.

Tabel 2. Kerentanan terhadap Kemiskinan pada Populasi Lansia Berdasarkan Pengaturan Hidup Bersama, 2009

Jenis Pengaturan Hidup Bersama	1xPL	1.2xPL	2xPL
Rumah Tangga tanpa Lansia	8,85	18,29	58,77
Lansia tinggal sendiri	2,04	5,37	38,85
Lansia tinggal dengan pasangan Lansia	6,30	15,89	61,78
Lansia tinggal dengan pasangan dan orang lain	11.45	22.65	64.29
Lansia tinggal dengan anak yang telah menikah	12.88	26.79	70.70
Lansia tinggal dengan anak yang belum menikah	7.77	16.51	57.90
Lansia tinggal dengan cucu	5.61	18.52	67.76
Lansia tinggal dengan orang dewasa dan cucu	10.52	20.90	63.28
Lain-lain	8.37	18.62	59.32

Catatan: Lansia yang tinggal dengan pasangan dan orang lain mencakup pasangan yang bukan Lansia. Lain-lain mencaku jenis pengaturan hidup bersama lain selain yang tertulis dalam daftar.
Sumber: Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Susenas 2009 (Putaran Juli/Agustus)

3.4. Melek Huruf

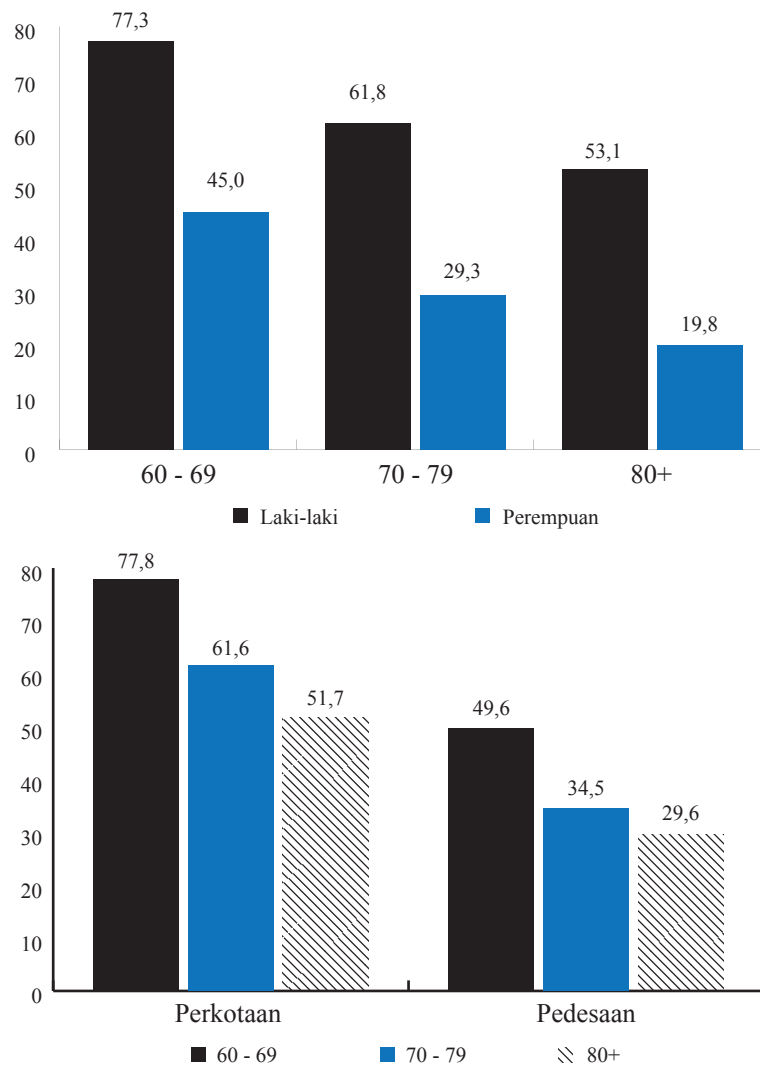
Lansia memiliki tingkat melek huruf yang relatif rendah. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kurangnya akses terhadap pendidikan dasar di Indonesia sebelum tahun 1973, di mana pada tahun tersebut dikeluarkan Keputusan Presiden yang memandatkan pendirian setidaknya satu sekolah dasar di setiap desa. Di antara para lansia, mereka yang berusia lebih dari 80 tahun biasanya memiliki angka melek huruf yang lebih rendah dari kohort dengan usia lebih muda, dan lansia perempuan memiliki angka melek huruf yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki (lihat Gambar 4). Perbedaan yang besar dalam hal melek huruf lansia juga teramati berdasarkan lokasi tempat tinggal: lansia yang hidup di daerah perkotaan memiliki tingkat melek huruf yang lebih tinggi dibandingkan lansia di daerah pedesaan.

Lansia yang memiliki angka melek huruf yang rendah cenderung lebih miskin atau rentan terhadap kemiskinan, karena angka pendidikan yang rendah dan angka buta huruf yang tinggi sangat berkaitan dengan kemiskinan. Hasil Susenas 2008 memperlihatkan bahwa lansia dengan pendidikan rendah dan tinggal di daerah pedesaan cenderung lebih miskin dari mereka yang berpendidikan tinggi dan tinggal di perkotaan.

Kerugian pendidikan relatif lansia merupakan efek kohort dan diharapkan akan sangat berkurang sejalan dengan waktu. Generasi yang dilahirkan sebelum tahun 1950, terutama yang berjenis kelamin perempuan, memiliki akses yang relatif kecil untuk bersekolah. Namun, generasi-generasi yang lebih muda lebih melek huruf karena memiliki kesempatan untuk menikmati keuntungan dari Keputusan Presiden tahun 1973.

Gambar 3. Melek Huruf pada Lansia di Indonesia, 2007

80
70
60
50
40
30
20
10
0
77,3
45,0
61,8
29,3
53,1
19,8
60 - 69
70 - 79
80+
Laki-laki
Perempuan

80
70
60
50
40
30
20
10
0
77,8
61,6
51,7
49,6
34,5
29,6
Perkotaan
Pedesaan
60 - 69
70 - 79
80+

Sumber: IFLS 2007

3.5. Sumber Pendapatan dan Penerimaan Kiriman Uang

Lansia bergantung pada berbagai sumber pendapatan.[34] Transfer pribadi merupakan sumber dukungan utama untuk rumah tangga dengan lansia (sekitar 57 persen lansia di Indonesia melaporkan menerima transfer uang).[35] Transfer ini seringkali datang dari anggota keluarga tetapi juga bisa datang dari bantuan lokal atau tetangga, dan jumlahnya mencakup hampir seperempat dari pendapatan lansia (23 persen). Angka ini dapat dibandingkan dengan 16 persen pendapatan lansia yang diterima dari upah.

Transfer uang antara keluarga dengan lansia bukan hanya bersifat satu arah. Tiga puluh persen lansia di Indonesia membiayai keluarga besar mereka dengan mentransfer uang dengan nilai transfer rata-rata

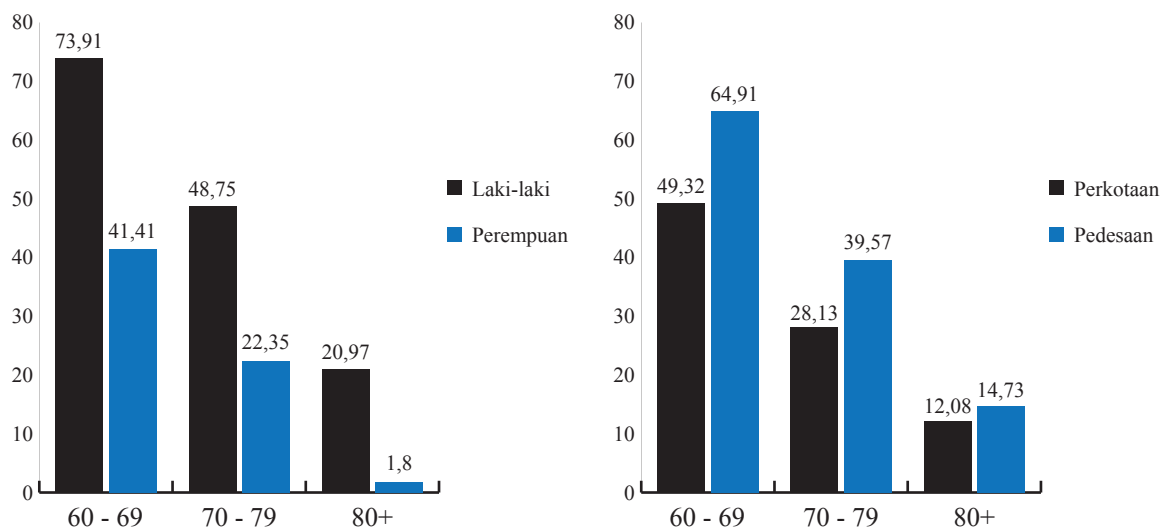
[34] Sebagian besar lansia (lebih dari 60 persen, sesuai hasil perhitungan HelpAge dan Lembaga Demografi Universitas Indonesia dengan menggunakan data Sakernas 2011) memperoleh pendapatan dengan bekerja secara mandiri yang pada umumnya menerima bayaran rendah (hal 48).
[35] HelpAge/LD (2012a), hal 52.

sejumlah Rp950.084.[36] Temuan ini menggarisbawahi fakta bahwa lansia juga berperan penting dalam memberikan dukungan finansial kepada anggota keluarga lain.

Selain dari transfer dan pensiun, beberapa lansia bergantung pada pekerjaan untuk menghasilkan pendapatan (lihat Gambar 5). Pada sebagian besar kasus, lansia yang bekerja cenderung miskin.[37] Kondisi ini mengindikasikan bahwa bekerja seringkali lebih merupakan respon terhadap kemiskinan untuk lansia, sementara tidak bekerja dikaitkan dengan adanya sumber dukungan finansial lain. Temuan ini juga sejalan dengan temuan- temuan dari penelitian di Vietnam, China, dan sejumlah negara Afrika.[38]

Gambar 4. Partisipasi Tenanga Kerja Lansia Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, dan Daerah 2011

	Laki-laki	Perempuan
60 - 69	73,91	41,41
70 - 79	48,75	22,35
80+	20,97	1,8

	Perkotaan	Pedesaan
60 - 69	49,32	64,91
70 - 79	28,13	39,57
80+	12,08	14,73

Sumber: Sakernas 2011

3.6. Profil Kesehatan

Status kesehatan merupakan indikator yang sangat penting untuk kesejahteraan lansia. Angka Harapan Hidup Sehat pada usia 60 diestimasi berjumlah 11 tahun, dibandingkan dengan angka harapan hidup sebenarnya yang sebesar 17 tahun pada usia 60. Kondisi ini mengindikasikan bahwa lansia menjalani sebagian kehidupan di masa tuanya dalam kondisi kesehatan yang buruk.

Kondisi-kondisi yang sering menyerang lansia, berdasarkan yang dilaporkan sendiri oleh lansia, adalah asma, penyakit jantung, reumatik, darah tinggi, dan katarak (lihat Tabel 3).[39]

[36] Persyaratan pemberian transfer. Dihitung dengan membagi jumlah uang yang ditransfer oleh sejumlah lansia yang men-transfer uang. Perhitungan dilakukan oleh Help Age dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari data IFLS 2007. Lihat HelpAge/LD (2012a), hal 52.
[37] HelpAge/LD (2012a), hal 75.
[38] See Meng dan Wan (2006) dan Giang dan Pfau (2009).
[39] Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) from Riskesdas 2007, HelpAge/LD (2012a), hal 68. Secara umum perempuan melaporkan angka penyakit yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki meskipun kondisi ini perlu diinterpretasikan dengan hati-hati kerna perbedaan pelaporan kesehatan berdasarkan jenis kelamin tidak selalu mencerminkan insiden kondisi kesehatan yang berbeda. Literatur ekonomi kesehatan terkenal biasanya menyatakan bahwa perempuan memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melaporkan kesehatan yang buruk dibandingkan laki-laki.

Tabel 3. Penyakit yang Dilaporkan Sendiri oleh Lansia berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia (%)

Kondisi	Asma	Penyakit Jantung	Reumatik	Darah Tinggi	Katarak
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	6,02	2,94	30,34	18,00	5,41
Perempuan	4,51	2,89	35,04	24,45	6,29
Usia					
60-69	4.58	2.87	31.59	20.15	4.73
70-79	5.97	2.97	34.12	23.27	6.99
80+	5.22	2.96	36.05	23.18	9.23

Sumber: Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari Riskesdas 2007

Hubungan antara kesehatan dan kemiskinan sangat penting dan dapat dinilai secara alternatif dengan membandingkan angka kematian pada usia tertentu untuk kelompok yang lebih kaya dan lebih miskin. Perbandingan tersebut[40] menemukan bahwa seseorang yang berusia 50 tahun ke atas dan memiliki pendapatan harian kurang dari US$1 per hari[41] memiliki kemungkinan dua kali lebih besar untuk meninggal dunia dalam jangka waktu empat tahun dibandingkan dengan mereka yang memiliki penghasilan harian US$6-10 per hari. Perbedaan angka kematian antara lansia yang lebih kaya dan lebih miskin ini mungkin mencerminkan variasi jalan hidup dalam hal nutrisi dan kondisi pekerjaan tetapi juga menunjukkan secara kuat bahwa kebutuhan kesehatan di kalangan lansia miskin di Indonesia kurang diperhatikan dibandingkan dengan kebutuhan kesehatan dari lansia yang lebih kaya. Kondisi ini menunjukkan implikasi yang jelas untuk kebijakan dan program yang ditujukan untuk mendukung akses terhadap layanan kesehatan bagi populasi lansia, terutama lansia miskin.

3.7. Temuan-Temuan dari Penelitian Kualitatif

Bukti-bukti kualitatif yang diungkapkan dalam laporan ini dikumpulkan dan dianalisis oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi Universitas Indonesia berdasarkan 50 wawancara mendalam dengan lansia, 12 diskusi kelompok topik khusus (FGD) tingkat desa, 6 diskusi kelompok terfokus pemangku kepentingan tingkat kota/kabupaten, dan catatan lapangan peneliti yang telah dipilih. Beberapa metode populer dalam penelitian kualitatif digunakan termasuk diskusi kelompok khusus (FGD), wawancara informan kunci (WIK), studi kasus (SK), dan observasi (Obs). Kerangka kerja geografis untuk pengumpulan data telah dikembangkan untuk mencerminkan sejumlah heterogenitas budaya Indonesia. Data dikumpulkan dari kelompok-kelompok etnis besar (Sunda, Jawa, Minangkabau, Banjar, Bugis, Timor) dari perkotaan dan pedesaan serta lokasi-lokasi di mana generasi muda telah bermigrasi keluar dan meningggalkan proporsi lansia yang cukup tinggi di daerah tersebut. Data dikumpulkan dari 24 desa di 12 kecamatan di 6 kota/kabupaten dengan proporsi tertinggi untuk lansia berusia 60 tahun ke atas di 6 provinsi.

[40] Banerjee, A. dan Duflo, E. 2007. 'Ageing dan Death Under a Dollar a Day'. Kertas Kerja NBER 13683. Penelitian ini merujuk pada kemungkinan meninggal dunia dalam periode empat tahun.
[41] Statistik dolar Amerika merujuk pada dolar internasional yang disesuaikan dengan Paritas Daya Beli.

Persepsi lansia sendiri terhadap kemiskinan seringkali berasal dari sikap agamis dan moral terhadap kehidupan. Kelima puluh wawancara mendalam mengungkapkan dua tema yang terkait erat dengan sifat dan pengalaman kemiskinan di usia tua. Tema pertama terkait sikap lansia terhadap pekerjaan dan pentingnya pekerjaan untuk kehidupan mereka, tidak saja sebagai sumber makanan dan kesejahteraan materi tetapi juga faktor penting untuk menentukan posisi mereka dalam keluarga dan masyarakat. Tema kedua adalah hubungan kesehatan dan pekerjaan, bagaimanan kesehatan memengaruhi kemampuan lansia untuk bekerja dan status lansia di masyarakat.

Miskin, menurut seorang lansia perempuan berusia 70 tahun di Kalimantan Selatan adalah "ketidakmampuan untuk melakukan apapun", atau seperti yang dijelaskan oleh responden lain, bekerja berarti bahwa Anda bisa menjadi "orang normal": Anda dapat berpartisipasi dalam kehidupan keluarga dan sosial yang normal, menghidupi diri sendiri, membantu orang-orang yang dekat dengan Anda, dan dapat berpartisipasi dalam banyak pertukaran sosial sehari-hari sebagai orang yang setara. Responden lain, yang meskipun buta dan bergantung sebagian pada kedermawanan untuk bertahan hidup, menyatakan bahwa ia bahagia karena ia memiliki keluarga di sekitarnya, maskih bisa sedikit menyumbang terhadap kesejahteraan mereka, dan masih bisa bepergian. "Ketidakmampuan untuk melakukan apapun" muncul biasanya dari masalah kesehatan yang membuat sulit untuk melakukan tugas sehari-hari sekalipun. Seorang duda berusia 72 tahun dari Sumatra Barat menyatakan: "Tidak pernah minta-minta. Saya berdoa agar Tuhan tidak akan mengizinkan saya meminta-minta, karena saya lebih baik mati daripada meminta-minta."

"Pensiun" bukan merupakan gagasan yang dikenal baik oleh semua responden yang diwawancara dan juga bukan merupakan hal yang diinginkan karena rasa tanggung jawab mereka terhadap orang lain. Lansia seringkali menyatakan kemiskinan dan kerentanan disebabkan oleh kekurangan yang dijalani di sepanjang kehidupan mereka. Terutama untuk responden di pedesaan, tidak mempunyai sepotong sawah sekecil apapun berarti kehidupan mereka akan bersandar pada kerja fisik yang tidak dapat diandalkan, tidak hanya untuk mereka sendiri tetapi juga untuk beberapa rumah tangga yang masih berada dalam jejaring keluarga mereka.

3.8. Rangkuman

Indonesia sedang menjalani transisi demografi mendalam yang disebabkan oleh peningkatan angka harapan hidup, penurunan angka kesuburan, dan peningkatan mobilitas populasi. Masyarakat yang menua secara pesat karena perubahan-perubahan tersebut akan memberikan dampak yang signifikan terhadap struktur usia di Indoensia dan kebutuhan akan bantuan sosial. Dalam jangka waktu 15 tahun ke depan, jumlah lansia akan hampir bertambah dua kali lipat (dari 18 juta pada tahun 2010 menjadi 36 juta pada tahun 2025) sehingga terdapat kebutuhan mendesak bahwa pemerintah Indonesia harus mencari solusi untuk memberikan bantuan sosial dan jaminan sosial yang memadai untuk lansia. Demikian pula, jejaring keluarga yang menjadi sandaran lansia untuk kehidupan mereka akan semakin mendapatkan tekanan besar.

Lansia berusia di atas 60 tahun secara konsisten memiliki angka kemiskinan yang lebih tinggi dibandingkan dengan populasi non lansia. Dengan memandang penetrasi skema jaminan sosial yang sangat rendah, lansia akan memerlukan bantuan finansial langsung untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka. Kebijakan dan program bantuan sosial untuk lansia perlu secara khusus mempertimbangkan

lansia perempuan yang sedikit lebih rentan terhadap kemiskinan dan hidup lebih lama dibandingkan lansia laki-laki, dan juga lansia yang hidup di daerah pedesaan yang memiliki angka kemiskinan dua kali lebih besar dari lansia di perkotaan.

Kesehatan lansia merupakan aspek utama yang memengaruhi standard kehidupan mereka termasuk penggunaan layanan kesehatan dan pola pengeluaran. Penyakit- penyakit utama yang diderita oleh lansia Indonesia adalah penyakit kronis seperti penyakit jantung, hipertensi atau reumatik. Demikian pula, insiden disabilitas juga relatif tinggi, yaitu pada 27 persen.

Terakhir, pengaturan hidup bersama lansia dan sumber pendapatan juga memengaruhi kehidupan lansia secara signifikan. Lansia yang hidup dalam rumah tangga bersama banyak generasi kelihatannya menghadapi angka kemiskinan tertinggi. Pada saat yang sama, persentase tinggi untuk lansia yang menerima transfer dari keluarga mereka (57%) menunjukkan bahwa mereka bergantung pada jejaring sosial yang lebih luas untuk dukungan finansial.

4. Bantuan Sosial dan Jaminan Sosial untuk Lansia di Indonesia

Sistem jaminan sosial yang sudah ada untuk Lansia di Indonesia memiliki cakupan yang sangat kecil. Sistem ini didasarkan pada dua tingkatan: mekanisme asuransi sosial berbasis kontribusi dan skema bantuan sosial non kontribusi. Kelompok pertama mencakup program-program berikut: PT Jamsostek yang menyediakan asuransi untuk pekerja, PT Taspen yang mengelola sistem pensiun untuk pegawai negeri sipil yang sudah pensiun, PT Askes yang mengelola asuransi kesehatan untuk pegawai negeri sipil dan anggota militer, dan PT Asabri yang menyediakan pensiun untuk anggota militer yang sudah pensiun. Skema-skema ini mencakup para pekerja di sektor formal, pengawai negeri sipil pemerintah, dan militer.

Skema pensiun berbasis kontribusi di Indonesia memiliki dua kelemahan besar. Pertama adalah cakupannya yang minimum. Skema ini hanya menanggung orang-orang yang bekerja di sektor formal yang relatif kecil, mempekerjakan kurang dari sepertiga (32%) tenaga kerja Indonesia yang berjumlah 108 juta pada tahun 2010.[42]

Kelemahan kedua adalah bahwa skema ini tidak memberikan pembayaran yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar lansia. Pensiun didasarkan pada kontribusi sukarela dengan sebagian besar anggota memilih untuk membayar kontribusi minimum yang dipersyaratkan. Hasilnya adalah pensiun yang diterima oleh penerima manfaat juga minimum dan tidak cukup untuk mempertahankan standar hidup mereka setelah pensiun.

Selain itu, lansia berusia 60 tahun ke atas tidak memenuhi syarat untuk masuk ke dalam asuransi kesehatan komersial bahkan ketika mereka bisa membayar preminya. Secara efektif, hanya pensiunan yang sangat kaya saja yang memiliki cukup tabungan untuk membayar pengeluaran mereka di masa pensiun (lihat Tabel 4).

Salah satu dari masalah utama para pembuat kebijakan dalam hal jaminan sosial adalah bahwa 2/3 dari angkatan kerja terkonsentrasi di sektor informal. Dua pertiga ini tidak tercakup oleh skema pensiun formal manapun. Ini berarti bahwa lebih dari 73 juta orang[43] akan berpotensi menjadi miskin saat mereka pensiun ketika kemampuan mereka untuk bekerja berkurang dan, sebagai konsekuensinya, pendapatan mereka dari bekerja akan menurun. Para lansia yang saat ini berada di luar sistem jaminan sosial dan, dengan demikian, rentan terhadap kemiskinan di usia lanjut, perlu dipertimbangkan untuk diberi suatu bentuk bantuan sosial.

Pemerintah Indonesia mengenali adanya kesenjangan dalam skema asuransi sosial dan risiko angka kemiskinan yang lebih tinggi dan, oleh sebab itu, mengembangkan skema bantuan sosial Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) pada tahun 2008 untuk 76 juta orang miskin dan nyaris miskin dengan target menjangkau 96 juta orang miskin dan nyaris miskin pada akhir tahun 2014. Program bantuan sosial lainnya mencakup beras bersubsidi untuk rakyat miskin (RASKIN) yang mencakup 17,5 juta rumah tangga miskin dan hampir miskin pada tahun 2011.

[42] BPS Indonesia, 2011. Statistical Yearbook of Indonesia 2011. Jakarta: BPS, hal 91.
[43] HelpAge/LD (2012a), hal 18: Pada tahun 2010 sektor formal hanya hampir sepertiga (32%) dari tenaga kerja di Indonesia yang berjumlah 108 juta. Data diambil dari BPS Indonesia (2011), hal 91.

Tabel 4. Pendapatan Pensiun Bulanan Rata-Rata (dengan Syarat Menerima Pensiun)

	Angka Pensiun (Jumlah rata-rata dalam Rupiah per bulan)	Pensiun per kapita per bulan sebagai % dari pengeluaran RT per kapita per bulan
Semua Lansia	90,158.8	6.35%
Kelompok Usia		
60-69	103,300.7	6.51%
70-79	70,268.3	5.87%
80+	66,020.5	6.78%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	117,139.1	7.72%
Perempuan	34,890.7	3.54%
Daerah		
Kota	194,680.2	12.80%
Desa	32,214.6	2.77%
Tingkat Kemiskinan		
Tidak Miskin	156,091.1	8.08%
Miskin	37,343.2	4.96%

Sumber: Perhitungan dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) dari IFLS 2007

Program bantuan langsung tunai, seperti juga asuransi sosial, masih sangat kecil dalam cakupannya, cakupan penerima manfaat, dan jumlah uangnya. Program Keluarga Harapan (PKH) yang merupakan bantuan langsung tunai bersyarat yang didistribusikan pada keluarga termiskin yang memiliki anak telah menjangkau 1,5 juta keluarga di desil terendah pada tahun 2012. ASLUT, sebagai satu-satunya program bantuan sosial yang secara spesifik menarget lansia, hanya mencakup 26.500 individu pada tahun 2012[44] karena alokasinya dari dana bantuan sosial pusat hanya sekitar 0,53 persen.[45] Ini berarti sejumlah besar lansia tetap tersisihkan dari pensiun usia lanjut, baik melalui asuransi maupun melalui bantuan sosial. Dengan semakin bertambahnya jumlah lansia, program ASLUT perlu diperluas dengan cepat untuk mencakup lebih banyak penerima manfaat lansia miskin.

[44] Proyeksi. In 2011, ASLUT mencakup 13.250 Lansia. Lihat Tabel 5 halaman 15.

[45] APBN 2011 data, Ministry of Finance.

5. Program ASLUT

5.1. Gambaran Program

ASLUT memberikan bantuan uang tunai kepada lansia yang miskin dan terlantar untuk memenuhi kebutuhan konsumsi dasar mereka dan mempertahankan kesejahteraan mereka[46] dengan pembayaran manfaat yang membantu untuk pengeluaran makanan, nutrisi, transportasi, partisipasi sosial, pemakaman, dan pengeluaran-pengeluaran serupa. ASLUT dimulai pada tahun 2006, sebelumnya disebut JSLU (Jaminan Sosial Lanjut Usia), di enam provinsi dengan menarget 2.500 penerima manfaat. Sejak saat itu, program ini telah diperluas ke 33 provinsi dan jumlah penerima meningkat menjadi 13.250 pada tahun 2011. Program yang kemudian berganti nama dari JSLU menjadi ASLUT pada tahun 2011 ini berencana untuk memperluas ke 26.500 penerima manfaat pada tahun 2012. Namun, jumlah bantuan tunai berkurang dari Rp300.000 menjadi Rp200.000 per bulan per orang.

Meskipun cakupan telah meningkat tetapi masih saja cakupan ini rendah jika melihat jumlah lansia miskin dan terlantar yang diestimasi oleh Kemensos sejumlah 1,8 juta.[47] Dalam rencana saat ini, Kementerian berharap bahwa pada tahun 2014, program akan mencakup 75.000 lansia. Jumlah ini setara dengan 2,8 persen lansia berusia 60 tahun ke atas pada tahun 2014.[48]

Penerima manfaat dianggap memenuhi syarat jika memenuhi kriteria berikut ini:

1. Lansia berusia 60 tahun atau lebih yang menderita penyakit kronis, yang hidupnya bergantung pada bantuan orang lain, atau yang tidak bisa turun dari tempat tidur, tidak memiliki sumber penghasilkan, miskin dan terlantar.
2. Lansia yang berusia 70 tahun atau lebih tanpa potensi pemberdayaan dan kemandirian, tidak memiliki sumber penghasilan, miskin atau terlantar.
3. Memiliki KTP/KK/SKTM – Surat keterangan tidak mampu yang disahkan oleh kepala desa.
4. Menyerahkan foto.

Proses seleksi penerima manfaat ASLUT sangat penting untuk memahami penargetan lansia yang memenuhi syarat. Petugas Kemensos di tingkat provinsi memutuskan kota/kabupaten mana di provinsi tersebut yang akan menerima program ASLUT berdasarkan: jumlah lansia terbesar di setiap kota/kabupaten, angka kemiskinan (dengan menggunakan data BPS 2006 ketika program dimulai), dan kesiapan kota/kabupaten untuk melaksanakan program ASLUT. Kemudian kecamatan dipilih dari setiap kota/kabupaten dengan menggunakan kriteria yang sama. Dalam langkah selanjutnya, petugas program yang dibantu oleh fasilitator lokal, melakukan pendaftaran lansia yang memenuhi kriteria untuk bantuan uang tunai dan mengidentifikasi penerima manfaat ASLUT potensial. Daftar penerima manfaat potensial ini kemudian dikirimkan ke petugas Kemensos di tingkat provinsi yang setelah melakukan verifikasi memiliki penerima manfaat potensial. Semua daftar penerima manfaat dari kabupatan/kota kemudian dikirimkan ke Kemensos pusat yang kemudian menyelesaikan

[46] Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia, Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial, Kementerian Sosial, Republik Indonesia. 2011. Petunjuk Teknis Programme Jaminan Sosial Lanjut Usia. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia.
[47] Dokumen Kemensos yang tidak dipublikasikan.
[48] Perhitungan dilakukan oleh Help Age International dan Lembaga Demografi (Universitas Indonesia) based on Bappenas, BPS dan UNFPA 2005 Population Projection 2000-2025, mengasumsikan bahwa angka kemiskinan Lansia pada tahun 2014 masih tetap 12 persen. Program ini akan mencakup 0,34 persen dari 22.232.200 Lansia pada tahun 2014.

penentuan formal penerima manfaat ASLUT. Akhirnya, saat Surat Keputusan telah ditandatangani oleh Kementerian yang mengkonfirmasi penerima manfaat terpilih, kartu ASLUT disiapkan untuk setiap penerima manfaat.

Tabel 5. Perkembangan Program ASLUT 2006-2011

Tahun	Tambahan Provinsi yang Dicakup	Cakupan Berdasarkan Provinsi	Jumlah Kumulatif Penerima Manfaat	Pengeluaran (juta rupiah)
2006	Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Yogyakarta, Jawa Timur	6	2,500	Rp9,000,000,000
2007	Nusa Tenggara Timur (NTT), Sumatra Utara, Sulawesi Selatan, Kalimantan Selatan	10	3,500	Rp12,000,000,000
2008	Maluku, Sulawesi Utara, Sumatra Barat, Kalimantan Barat, Bali	15	5,000	Rp18,000,000,000
2009	Aceh, Bengkulu, Jambi, Riau, Sumatra Selatan, Lampung, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Barat (NTB), Maluku Utara, Papua	28	10,000	Rp36,000,000,000
2010	Gorontalo	29	10,000	Rp36,000,000,000
2011	Kepri, Bangka Belitung, Sulawesi Barat, Papua Barat.	33	13,250	Rp47,700,000,000
2012	Semua Provinsi	33	26,500	Rp63,600,000,000*

*Catatan: * rencana hingga Desember 2012.*
Sumber: Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia, Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial, Kementerian Sosial, Republik Indonesia. 2011. Petunjuk Teknis Programme Jaminan Sosial Lanjut Usia. Jakarta: Kementerian Sosial Republik Indonesia. Presentasi oleh Dirjen Rehabilitasi Sosial dalam Pertemuan Pemangku Kepentingan, 15 Februari 2012 di Hotel Arkadia, Jakarta.

Setelah penerima manfaat dipilih, uang dikirimkan kepada mereka secara periodik. Terdapat sejumlah kesulitan dalam menyalurkan bantuan tunai terutama untuk lansia yang tinggal di daerah terpencil. Biaya rata-rata pengiriman (terutama biaya transportasi) diestimasi sejumlah Rp25.000 per orang. Jika bantuan didistribusikan setiap bulan, biaya untuk 13.250 penerima manfaat akan lebih dari 300 juta rupiah per bulan, atau hampir 4 triliun rupiah per tahun. Untuk mengurangi biaya ini, pada tahun 2011 penyaluran ditunda hingga Juli dengan jumlah Rp2.100.000 per orang diberikan secara total (lump- sum). Namun, pembayaran akumulatif ini dapat menganggu tujuan program untuk membantu pendanaan kebutuhan dasar harian. Perlu dicatat bahwa dalam satu kasus uang lump-sum digunakan untuk renovasi rumah.[49] Untuk tahun 2012, distribusi direncanakan akan dilakukan setiap 4 bulan: (1) Januari–April; (2) Mei–Agustus; (3) September–Desember.

[49] Kementerian Sosial. 2011. Directorate General for Sosial Rehabilitation, Directorate for Older Persons dan Sosial Services. Final Report on the Study of the Sosial Pension of Three Provinces: DKI Jakarta, Banten dan Jawa Barat. Mimeograph, 2010.

5.2. Metodologi Penelitian ASLUT

TNP2K mendukung HelpAge International dan Lembaga Demografi untuk melaksanakan suatu survey mendalam kepada penerima manfaat dan bukan penerima manfaat program ASLUT (sebelumnya JSLU).[50] Survei kuantitatif terhadap 2.200 lansia miskin ini dilaksanakan di 11 provinsi di Indonesia yang terdiri dari Sumatra Barat, Sumatra Selatan, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, dan Maluku. Ke-2.200 responden ini dipilih sebagai sampel secara purposif untuk mencakup lansia miskin dan rentan yang menerima bantuan tunai dari program ASLUT dan Lansia yang, karena kuota program, tidak menerima bantuan tunai, tetapi juga miskin dan rentan dalam jumlah yang setara.

5.3. Profil Demografis dan Sosioekonomi Responden

Survei ini mencakup 1.082 penerima ASLUT dan 1.120 bukan penerima ASLUT. Sebagian besar individu dalam sampel survei ini berusia lebih dari 70 tahun yang mencerminkan kelompok target prioritas ASLUT. Persentase responden pada kelompok usia termuda (60-69 tahun) adalah yang paling rendah, yaitu 12,25 persen laki-laki dan 10,25 perempuan, secara berurutan. Sampel memiliki lebih banyak responden perempuan yang mencerminkan jumlah penerima manfaat perempuan yang lebih besar dalam program ASLUT pada tahun 2011.

Tidak bisa turun dari tempat tidur merupakan salah satu kriteria untuk penerima manfaat ASLUT.[51] Di antara 2.202 responden dalam sampel, 15,62 persen di antaranya (344 orang) tidak bisa turun dari tempat tidur. Dari angka ini, 24,4 persen (84 orang) adalah laki-laki dan 75,6 persen (164 orang) adalah perempuan. Hanya setengah dari mereka yang tidak bisa turun dari tempat tidur (53 persen) menerima ASLUT sementara yang lainnya tetap tidak masuk karena keterbatasan anggaran program.

Hampir 90 persen responden, baik yang menerima ASLUT atau tidak, memiliki tingkat pendidikan rendah yaitu tidak tamat SD atau tidak berpendidikan sama sekali (lihat Tabel 6).

Tidak ada perbedaan yang besar dalam hal insiden kemiskinan di antara penerima manfaat dan bukan penerima manfaat ASLUT berdasarkan kelompok pendapatan (seperti yang diukur dengan menggunakan indeks kekayaan menggunakan Principal Component Analysis (PCA).[52] Distribusi mengindikasikan proporsi bukan penerima manfaat yang lebih besar di 20% termiskin dan proporsi penerima manfaat yang lebih besar pada kuintil terkaya dalam sampel.[53]

---

[50] Temuan penelitian dan rekomendasi kebijakan yang dihasilkan di bawah ini didasarkan pada analisis yang dilakukan oleh Lembaga Demografi Universitas Indonesia dan HelpAge International dalam kertas kerja "Findings of a Household Survey of Jaminan Sosial Lanjut Usia (JSLU) Beneficiaries and non- Beneficiaries." TNP2K, 2012.

[51] Lihat panduan teknis Kemensos yang menyatakan bahwa salah satu syarat kriteria menerima JSLU adalah: berusia 60 tahun atau lebih yang tidak bisa turun dari tempat tidur (lihat subbab 1.4.3).

[52] PCA merujuk ke teknis statistik yang disebut Principal Component Analysis.

[53] Temuan kuintil kesehatan ini tidak memungkinkan menarik simpulan yang kuat tentang keakuratan penargetan ASLUT. Pertama, PCA melibatkan kesalahan-kesalahan pengukuran tertentu dan hanya merupakan proksi peringkat kesejahteraan berdasarkan konsumsi/pendapatan. Kedua, penerima ASLUT mungkin memiliki kondisi lebih baik karena penerimaan ASLUT memungkinkan mereka mempertahankan tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi dibandingkan dengan bukan penerima manfaat yang juga membutuhkan. Ketiga, seluruh sampel terdiri dari individu Lansia miskin yang mengimplikasikan bahwa kuintil terkaya masih merujuk pada Lansia miskin. Meskipun demikian, disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut untuk keakuratan penargetan ASLUT.

Tabel 6. Tingkat Pendidikan Responden Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat ASLUT (%)

Persentase responden terkait apakah mereka penerima manfaat program ASLUT atau bukan berdasarkan tingkat pendidikan		
	ASLUT	Non-ASLUT
Tidak tamat SD	88.08 (n=953)	85.00 (n=952)
Tamat SD	8.78 (n=95)	11.43 (n=128)
Tamat SMP atau SMA	3.14 (n=34)	3.48 (n=39)
Di atas SMA	0.00 (n=0)	0.09 (n=1)
TOTAL	100%	100%

Sumber: Survey TNP2K 2012 dilaksanakan oleh Help Age International dan Lembaga Demografi. Perhitungan dilakukan oleh Help Age International dan LD.

Terhitung 86.6 persen dari penerima manfaat tidak bekerja. Rasio ini hampir sama untuk yang bukan penerima manfaat, di mana 80,5 persen di antaranya juga tidak bekerja.[54] Jumlah responden yang masih harus bekerja adalah 13,55 persen di antara para penerima manfaat ASLUT dibandingkan dengan 19,46 persen pada bukan penerima manfaat.

Dari lansia yang bekerja, sebagian besar bekerja untuk mendapat penghasilan: 85,33 persen di perkotaan dan 76,4 persen di pedesaan untuk penerima manfaat dibandingkan dengan 85,11 persen dan 81,25 persen bukan penerima manfaat di kota dan desa. Lebih banyak penerima manfaat ASLUT yang bekerja untuk 'tetap aktif atau sibuk' yang mungkin menunjukkan bahwa penyaluran ASLUT mengangkat tekanan pembiayaan kebutuhan konsumsi segera untuk sejumlah pekerja lansia.

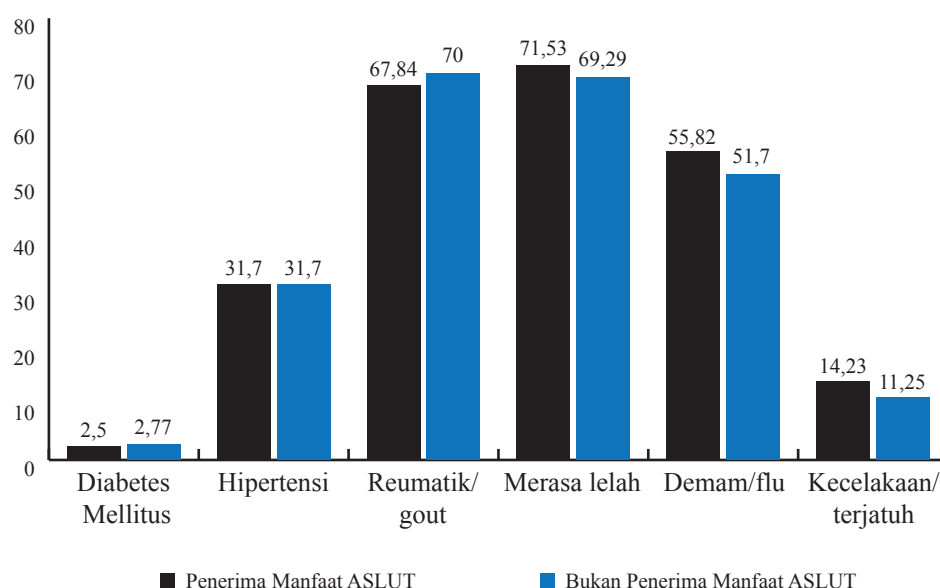
Tabel 7. Motivasi Kerja untuk Responden Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat Aslut (%)

Alasan Bekerja	ASLUT		Non-ASLUT	
	Kota	Desa	Kota	Desa
Mencari pendapatan	88.33	76.40	85.11	81.25
Sosialisasi	0.00	1.12	2.13	0.78
Agar tetap aktif atau sibuk	28.33	34.83	19.15	22.66
Lain-lain	1.67	0.00	0.00	0.00

Sumber: Survei TNP2K 2012 dilaksanakan oleh Help Age International dan Lembaga Demografi. Perhitungan dilakukan oleh Help Age International dan LD.

[54] Tidak diketahui apakah status tidak bekerja pada bukan penerima manfaat adalah efek negatif dari program JSLU, yaitu strategi responden untuk dimasukkan ke dalam program.

Survei juga bertanya tentang kondisi kesehatan responden. Gambar 6 mengindikasikan bahwa reumatik/gout dan merasa lelah merupakan yang paling menonjol di antara penerima manfaat (67,4% dan 71,53%) dan bukan penerima manfaat (70% dan 69,3%). Hipertensi dan demam juga sering disebut oleh responden (sekitar 30% dan 51-55%). Meskipun demikian, tidak terdapat hubungan empiris antara menjadi penerima manfaat ASLUT dan status kesehatan seseorang dalam survei ini. Penerima manfaat ASLUT ditemukan lebih mungkin menggunakan layanan JAMKESMAS, yang dapat menghasilkan efek positif terhadap kesehatan penerima manfaat. Di sisi lain, temuan-temuan ini sulit diinterpretasikan karena adanya penyakit yang sudah ada sebelumnya dan cakupan JAMKESMAS mungkin secara positif memengaruhi proses pemilihan untuk ASLUT. Oleh karena itu, tidak ada hubungan sebab akibat yang dapat ditetapkan.

Gambar 5. Prevalensi Kondisi Kesehatan Tertentu yang Dilaporkan Sendiri oleh Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat ASLUT (%)

Sumber: Survei TNP2K 2012 dilaksanakan oleh Help Age International dan Lembaga Demografi. Perhitungan dilakukan oleh Help Age International dan LD.

Responden yang melaporkan menderita penyakit dalam sebagian besar kasus menyatakan bahwa mereka mencari pertolongan medis. Meskipun demikian, mereka yang bukan penerima manfaat lebih kecil kemungkinannya untuk mencari pertolongan medis. Kondisi ini ditemukan baik untuk laki-laki maupun perempuan. Baik penerima manfaat dan bukan penerima manfaat ASLUT mampu makan sendiri, berpakaian sendiri, bangun secara mandiri, dan mandi sendiri. Namun, penerima manfaat ASLUT lebih kecil kemungkinannya untuk melakukan tugas-tugas ini dibandingkan dengan yang bukan penerima manfaat sehingga menunjukkan bahwa penargetan melalui kriteria kesehatan mungkin telah diberi lebih banyak penekanan dibandingkan dengan penargetan berdasarkan kriteria kemiskinan.

Regresi Logistik[55] memperlihatkan bahwa keterbatasan aktivitas (mengangkat beban hingga 5 kg, menaiki tangga), tinggal sendiri, jenis kelamin, usia, dan proksi indeks kekayaan (berdasarkan kuintil) merupakan faktor-faktor bermakna yang menentukan apakah lansia terpilih sebagai penerima manfaat

[55] HelpAge/LD (2012b), hal 59.

ASLUT. Mereka yang tidak dapat mengangkat beban hingga 5 kg memiliki 1,278 kali kemungkinan untuk menerima ASLUT dibandingkan mereka yang tidak dapat berjalan sejauh 200 meter. Tinggal sendiri juga merupakan determinan kuat untuk terpilih: lansia yang tinggal sendiri memiliki kemungkinan 1,28 kali lebih tinggi untuk menerima ASLUT dibandingkan dengan lansia yang tinggal dengan orang lain. Perempuan juga lebih mungkin menerima bantuan ASLUT dibandingkan dengan laki-laki. Usia lebih tua (80 tahun atau lebih) juga merupakan determinan yang sangat kuat yang meningkatkan kemungkinan terpilih sebanyak dua kali lipat. Temuan-temuan ini konsisten dengan hasil yang dilaporkan terlebih dulu dalam laporan ini dari penelitian kuantitatif yang dilakukan.

5.4. Akses dan Manfaat Program ASLUT – Persepsi Responden

Survei mengindikasikan bahwa pengeluaran ASLUT terutama digunakan untuk memenuhi kebutuhan dasar lansia. Dalam urutan insiden, responden ASLUT melaporkan pengeluaran terutama untuk makanan pokok, diikuti oleh obat-obatan, lalu penggunaan layanan kesehatan. Sejumlah besar bantuan dihabiskan untuk bahan makanan tambahan yang mengindikasikan bahwa ASLUT mendukung keragaman konsumsi makanan dan, dengan demikian, variasi nutrisi.

Tabel 8. Penggunaan Manfaat ASLUT berdasarkan Provinsi (% Responden Penerima Manfaat)

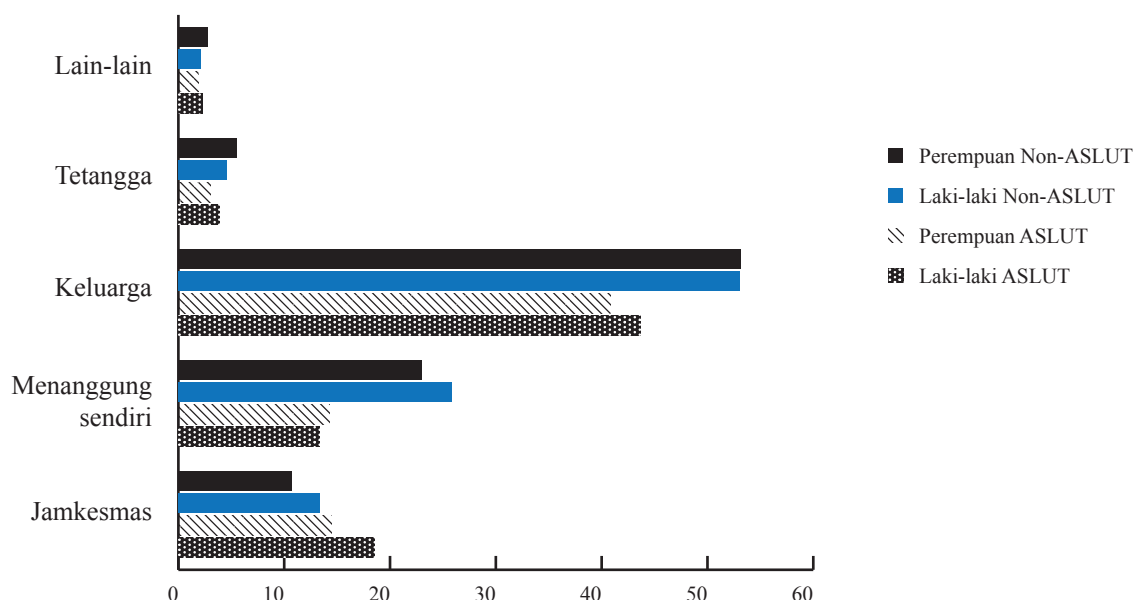
	Biaya Pemaka-man	Diber-ikan kepada anak/ cucu	Trans-port	Rekreasi, Hiburan	Layanan dan Fasilitas Keseha-tan	Obat-obatan	Tam-bahan/ Suplemen Makanan	Makanan Pokok
Sumatra Barat	34	58	47	51	78	91	61	95
Sumatra Selatan	4	21	6	29	71	100	67	99
DKI Jakarta	2	53	3	0	75	93	64	97
Jawa Barat	10	16	1	0	85	97	61	96
Jawa Tengah	3	15	14	3	66	91	62	100
DI Yogyakarta	28	59	13	47	76	95	48	100
Jawa Timur	19	37	12	28	74	93	38	95
Nusa Tenggara Timur	25	35	47	13	70	91	88	100
Kalimantan Selatan	25	29	3	5	42	77	23	97
Sulawesi Selatan	43	69	60	3	85	97	59	100
Maluku	42	53	53	11	61	88	80	97

Sumber: Survei TNP2K 2012 dilaksanakan oleh Help Age International dan Lembaga Demografi. Perhitungan dilakukan oleh Help Age International dan LD.

Lebih jauh lagi, ASLUT dipersepsikan memiliki dampak yang sangat positif terhadap kesehatan dan kehidupan penerima manfaat. Kehidupan sedikit lebih terdampak dibandingkan dengan status kesehatan dengan hanya 9,2 persen responden menyatakan kehidupan mereka tetap sama atau lebih buruk dibandingkan dengan 16,5 persen pernyataan serupa untuk kesehatan.

Survei juga menemukan bahwa keluarga responden yang bukan penerima manfaat sekitar 10 persen lebih mungkin menanggung biaya untuk perawatan anggota keluarga lansia (baik untuk laki-laki maupun perempuan). Responden penerima manfaat ditemukan lebih tidak menjadi beban ekonomi keluarga. Gambar 7 memperlihatkan bahwa responden penerima manfaat, terutama lansia laki-laki, lebih mungkin mengakses layanan Jamkesmas dibandingkan dengan non penerima manfaat (16,6 persen dibandingkan dengan 12,1 persen). Efek ini dapat terkait dengan manfaat tambahan program ASLUT yang memfasilitasi akses yang lebih baik kepada bantuan pemerintah lainnya. Meskipun demikian, hubungan sebab akibatnya belum jelas dalam survei ini.

Gambar 6. Pendanaan Pengeluaran Kesehatan Penerima Manfaat dan Bukan Penerima Manfaat ASLUT

Lain-lain
Tetangga
Keluarga
Menanggung sendiri
Jamkesmas
0 10 20 30 40 50 60
Perempuan Non-ASLUT
Laki-laki Non-ASLUT
Perempuan ASLUT
Laki-laki ASLUT

Sumber: Survei TNP2K 2012 yang dilaksanakan oleh Help Age International dan Lembaga Demografi. Perhitungan dilakukan oleh Help Age International dan LD.

5.5. ASLUT – Temuan Penelitian dan Rekomendasi

Penelitian yang dilakukan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi Universitas Indonesia menemukan bahwa ASLUT menargetkan lansia yang miskin dan terlantar dengan relatif baik meskipun masih terdapat perluasan yang pentinguntuk meningkatkan keakuratan penargetan program. Distribusi usia penerima manfaat, yang terutama ditemukan dalam kategori usia 70-89 tahun, menunjukkan fokus para fasilitator program setempat terhadap kelompok usia tertua di antara populasi lansia dan ini mengimplikasikan kepatuhan terhadap panduan penargetan yang dibuat oleh Kemensos.

Terdapat ruang lingkup bermakna untuk perluasan ASLUT karena saat ini program hanya mencakup sebagian kecil lansia di Indonesia (0,34% populasi total berusia di atas 60 tahun dan 0,53% populasi total berusia di atas 70 tahun). Banyak yang bukan penerima manfaat memiliki karakteristik yang berpotensi untuk memenuhi syarat menerima ASLUT (seperti tidak bisa turun dari tempat tidur dan berusia di atas 70 tahun atau relatif miskin seperti yang diperlihatkan melalui analisis indeks kekayaan).

Untuk menarget lansia miskin secara lebih efektif, ASLUT harus memastikan bahwa semua lansia yang menderita penyakit kronis, yang hidup bergantung pada bantuan orang lain, yang tidak dapat turun dari tempat tidur, yang tidak memiliki sumber pendapatan, yang miskin atau yang terlantar tercakup dalam ASLUT. Dalam kasus ini, konteks pemilihan subjektif oleh fasilitator program harus diminimalkan. Dalam laporan mendatang dari TNP2K, kesempatan untuk menggunakan Basis Data Terpadu dalam penargetan program ASLUT akan didiskusikan.

Proses penyaluran bantuan uang juga harus dikaji ulang. Mekanisme-mekanisme penyaluran uang alternatif yang memungkinkan penyaluran uang setiap bulan harus dieksplorasi sehingga memastikan bahwa transfer dapat digunakan untuk mendukung kebutuhan konsumsi dasar.

6. Kesimpulan

Transisi demografis Indonesia tengah mengalami dan menghasilkan masyarakat yang menua dengan pesat. Kondisi ini akan menimbulkan efek yang nyata terhadap pertumbuhan ekonomi dan kondisi kehidupan di Indonesia. Dalam waktu 15 tahun dari 2010 ke 2025, jumlah lansia akan berlipat ganda dari 18 juta menjadi 36 juta. Angka harapan hidup juga diharapkan akan meningkat dari 68,9 yang diamati pada tahun 2010 menjadi 71,5 tahun pada tahun 2015 sehingga memberikan lebih banyak tekanan bermakna terhadap sistem jaminan sosial dan jejaring keluarga yang menjadi sandaran lansia untuk memenuhi kondisi hidup minimum mereka.

Situasi sosio-ekonomi lansia saat ini dan di masa datang sangat menantang. Dua belas persen lansia hidup di bawah garis kemiskinan pada tahun 2011, sementara 27,5 persen rentan untuk menjadi miskin. Status sosial dan ekonomi mereka diperparah oleh kondisi kesehatan yang buruk, tingkat melek huruf yang rendah, dan pengaturan hidup sendiri. Sebagian besar dari mereka mengandalkan tabungan pribadi atau dukungan keluarga yang seringkali tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka. Hanya sedikit sekali lansia memiliki akses terhadap pensiun formal yang cukup besar.

Peningkatan kesejahteraan lansia di Indonesia dapat diatasi melalui skema bantuan sosial yang membantu untuk memenuhi kebutuhan dasar lansia. ASLUT, satu-satunya program bantuan sosial yang menarget lansia miskin memiliki potensi untuk berperan sebagai platform pemberian bantuan semacam itu secara efektif.

Hasil dua penelitian dari HelpAge International dan Lembaga Demografi menunjukkan bahwa penerima manfaat ASLUT terutama berusia 70-89 tahun, biasanya memiliki kondisi kesehatan yang buruk dan tinggal sendiri. Kondisi in menunjukkan bahwa ASLUT mematuhi persyaratan penargetan yang ditetapkan oleh Kemensos dan bahwa program ini efektif untuk menjangkau lansia miskin dan terlantar. Meskipun demikian, ASLUT saat ini terlalu kecil untuk memberikan dampak yang signifikan kepada populasi lansia di Indonesia karena hanya mencakup 0,34% dari populasi di atas usia 60 dan 0,53% dari populasi di atas usia 70 tahun. Perluasan cakupan program ASLUT akan meningkatkan jumlah penerima manfaat di daerah-daerah tempat program sudah beroperasi serta memperluas program ke daerah-daerah geografis yang belum terjangkau oleh program.

Penelitian yang dilaksanakan oleh HelpAge International dan Lembaga Demografi Universitas Indonesia menemukan bahwa perluasan harus berjalan bersama-sama dengan peningkatan struktur operasional dan proses implementasi program di lapangan. Proses penargetan harus dikaji ulang untuk mencakup lansia tanpa tempat tinggal permanen, sejumlah besar orang yang tak bisa meninggalkan tempat tidur, dan untuk meminimalkan kesalahan penargetan. Program ini dapat meningkatkan jejaring dengan inisiatif-inisiatif pemerintah lainnya dalam upaya memperluas dan memperkuat jejaring bantuan sosial untuk lansia. Secara khusus, perluasan jejaring ASLUT dengan program Jamkesmas/Jamkesda yang dapat menjadi sumber dukungan layanan kesehatan banyak penerima manfaat ASLUT akan sangat baik. Jejaring ini akan dapat membawa berbagai layanan bantuan sosial di bawah satu atap sehingga memudahkan akses terhadap pelayanan-pelayanan tersebut untuk para lansia yang memerlukan.

Oleh karena itu, sangat direkomendasikan bahwa program ASLUT dikembangkan lebih lanjut untuk memenuhi tantangan-tantangan demografis yang dihadapi Indonesia. Peningkatan angka harapan hidup yang pesat mengharuskan program untuk diperluas cakupannya sehingga memberikan kontribusi terhadap penyediaan bantuan sosial kepada lansia miskin selama sisa hidup mereka.

Daftar Pustaka

Adioetomo, S.M. *Age Structural Transitions and Their Implications: The Case of Indonesia Over a Century, 1950-2050.* Diedit oleh Wong & Vilquin. Paris: CICRED, 2006.

Ananta, A. dan Arifin, E. N. *Migration, ageing, and economic development in Indonesia.* Singapore: Institute of Southeast Asian Studies, 2009.

Andrews, G.J. dan Phillips, D.R, ed. *Ageing dan Place: Perspectives, Policy dan Practice*. New York: Routledge, 2005.

Banerjee, A. V. dan Duflo, E. "Aging dan Death Under a Dollar a Day. NBER Working Paper 13683." 2007. http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/labour/FLS/IFLS/papers/ 2009_banerjee.pdf (accessed 04 01, 2012).

BAPPENAS, BPS dan UNFPA. *Indonesia Population Projection 2000-2025*. Jakarta, 2005.

BPS Indonesia dan Macro International. *Indonesia Demographic dan Health Survey 2007.* Calverton, Maryland: BPS dan Macro International, 2008.

BPS Indonesia. *Statistical Yearbook of Indonesia 2011*. Jakarta: BPS, 2011.

Lembaga Demografi Universitas Indonesia dan HelpAge International. "Findings of a Household Survey of Jaminan Sosial Lanjut Usia (JSLU) Beneficiaries and non-Beneficiaries." Working Paper, HelpAge/LD, 2012.

Lembaga Demografi Universitas Indonesia dan HelpAge International. "Sosial Assistance of Poor dan Vulnerable Older People in Indonesia." Working Paper, HelpAge/LD, 2012.

Giang, T.L. dan Pfau, W.D. "The Vulnerability of the Elderly to Poverty: Determinants and Policy Implications for Vietnam." *Asian Economic Journal* 23, no. 4 (2009): 419-437.

Hull, T. dan Tukiran. "Regional Variations in the Prevalence of Childlessness in Indonesia." *Indonesian Journal of Geography* 32 (1976): 1-25.

Kreager, P. dan Schröder-Butterfill E. "Actual and de facto childlessness in old-age: Evidence and implications from Jawa Timur, Indonesia." *Population dan Development Review* 31, no. 1 (2005): 19-56.

Meng, X., Gregory, R. dan Wan. G. *China urban poverty dan its contributing factors*. UNU- WIDER Research Paper No. 2006/133, Helsinki: United Nations' World Institute for Development Economics Research, 2006.

Ministry of Sosial Affairs. *Final Report on the Study of the Sosial Pension of Three Provinces: DKI Jakarta, Banten dan Jawa Barat.* Directorate General for Sosial Rehabilitation; Directorate for Older Persons dan Sosial Services, Mimeograph, 2011.

Ministry of Sosial Affairs. *Technical Guidance for Sosial Assistance of Older Persons*. Jakarta: Directorate General, Directorate of Services for Older Persons, 2011.

World Bank. *Targeting Poor dan Vulnerable Households in Indonesia.* Jakarta: World Bank, 2012.

Zimmer Z., Natavidad, J, Ofstedal, M. dan Lin, H. *Physical dan Mental Health of the Elderly.* Edited by Hermalin, A. The well-being of the elderly in Asia. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2003.

Indonesia telah mengalami transisi demografis sejak tahun 1970-an yang membawa perubahan-perubahan penting dalam hal struktur usia populasi negara ini. Angka harapan hidup pada saat lahir meningkat dari 45 tahun menjadi 67 tahun. Jumlah penduduk lanjut usia yang berusia 60 tahun lebih 2 telah meningkat dari sekitar 5 juta pada tahun 1970 menjadi 18 juta pada tahun 2010, dan diproyeksikan akan bertambah lagi hingga lebih dari 71 juta pada tahun 2050. Situasi ekonomi untuk banyak penduduk lanjut usia (lansia) tidak stabil. Pada tahun 2011, 12 persen lansia berada di bawah garis kemiskinan resmi. Penduduk lansia, terutama yang berada di usia 70 tahunan dan 80 tahun ke atas, memiliki angka kemiskinan tertinggi di antara kelompok populasi, yaitu 13,3 persen dan 16 persen masing-masing. Pada saat yang sama, terdapat juga sebagian populasi lansia, lebih besar daripada yang secara resmi diklasifikasikan sebagai miskin, yang sangat rentan untuk jatuh ke dalam kemiskinan. Terlebih lagi, banyak lansia menderita kesehatan yang buruk dan memiliki kemampuan membaca yang rendah.

Saat ini, lansia yang tercakup skema pensiun formal yang ada sangat rendah. Pemerintah Indonesia mengakui adanya kesenjangan dalam skema asuransi sosial ini dan secara terbuka melakukan tindakan-tindakan untuk meningkatkan cakupan pensiun. ASLUT, program bantuan sosial yang saat ini menarget langsung lansia yang miskin dan terlantar, dimulai pada tahun 2006 di enam provinsi yang menjangkau 2.500 penerima manfaat. Program ini sudah diperluas ke seluruh 33 provinsi dan meningkatkan jumlah penerima manfaat menjadi 13.250 pada tahun 2011, dan 26.500 penerima manfaat pada tahun 2012. Kertas kerja ini mengeksplorasi kekuatan dan kelemahan dari cakupan yang diberikan kepada lansia dan merekomendasikan bahwa program ASLUT perlu dikembangkan lebih lanjut untuk mengatasi tantangan demografis yang dihadapi Indonesia.

TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN (TNP2K)

Jl. Kebon Sirih No. 35, Jakarta Pusat 10110
Tel: +62 (0) 21 391 2812
Fax: +62 (0) 21 391 2511
E-mail: info@tnp2k.go.id
Web: www.tnp2k.go.id

Printed on recycled paper

ISBN 978-602-275-057-4

9 786022 750574